GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA

**A construção do “ser médico” e a morte: significados e
implicações para a humanização do cuidado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2006

GEÓRGIA SIBELE NOGUEIRA DA SILVA

**A construção do “ser médico” e a morte: significados e
implicações para a humanização do cuidado**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. Dr. José Ricardo de
Carvalho Mesquita Ayres

São Paulo

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Silva, Geórgia Sibeles Nogueira da

A construção do “ser médico” e a morte : significados e implicações para a
humanização do cuidado / Geórgia Sibeles Nogueira da Silva. -- São Paulo, 2006.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Descritores: 1.Educação médica 2.Estudantes de medicina 3.Morte
4.Humanização da assistência

USP/FM/SBD-385/06

Dedicatória

(in memoriam)

Gustavo Negreiros. Cada segundo de amor valeu uma vida.

Mauricio de Oliveira. “Nada é maior do que dar amor e receber de volta amor”.

“Aquilo que a memória amou fica eterno”.

Adélia Prado

Agradecimentos

As pessoas mais importantes da minha vida: minha mãe (Conceição), meu pai (Jerônimo), meu irmão (Ninho) e meu sobrinho (Nayuã). Por me nutrirem de muito amor.

Aos amigos da espiritualidade que me ajudaram a enfrentar as adversidades.

Ao meu orientador, José Ricardo Ayres, pela relação de aprendizado, confiança, respeito e cumplicidade, pelo “estar junto”. Obrigada, com muito carinho.

A Ceíça Melo e Rosália Fernandes, irmãs de alma, cúmplices nas alegrias e tormentas. Sem vocês tudo teria sido mais difícil.

A minha filha de coração, Ana Elisa, e minha irmã de coração Liana. Por fazer parte da minha vida.

A torcida organizada e as orações, e afeto dos meus familiares, especialmente meus tios que tanto me nutrem.

A Aline pelos desenhos e cumplicidade na vida.

Aos amigos e amigas que de perto ou de longe estiveram sempre junto, acreditando, torcendo, me acolhendo: Telma, Gláucio, Mabel, Andréia, Marlos, Leonardo, Flávia, Jaíra, Gustavo Wanderley (Guga), Nina, Bosco Araújo, Camon, Ilza.

A Ana Laudelina, pelas luzes e presença acalentadora nesse processo.

A Henrique Fontes: sua amizade e seu inglês, foram imprescindíveis para eu chegar aqui.

A Marieta, por ter me permitido tanto e ter se tornado minha amiga.

A Belinha e Alex pelo incentivo e apoio afetivo de Sampa a Natal. Por serem meus amigos.

A Nelson e Pedro, por dividirem o teto, dores e prazeres dessa caminhada. Por serem meus companheiros.

A Christine Campos pela cumplicidade na paulicéia, na vida.

Aos amigos feitos na paulicéia, e que espero sejam para todo o sempre: Cândido e Fátima.

Aos assessores no cuidado com meu corpo e minha alma, Paulo Rosebaun (Homeopata), Ramilson Tito (oftalmologista), Rejane (mestre reikiana).

A professora Maria Júlia Kóvacs, nosso encontro foi para além do espaço sala de aula e iluminou este trabalho.

Aos colegas do grupo de estudo em Gadamer, pela troca intelectual e afetiva.

Ao grupo do CEDEM da USP, especialmente professor Joaquim, Professora Basile, professora Maria Eugênia e Soninha.

Lílian (secretária da pós-graduação em Medicina Preventiva) pela presteza e atenção dispensadas.

Ao Sr. Jovino, taxista, conselheiro e primeiro amigo conquistado em Sampa.

A Ana Sílvia e Deise Areias, pela correção e digitação, somando afeto, solidariedade e profissionalismo que venceram a pressa do tempo.

Aos amigos do Nesc e do departamento de saúde coletiva pela disponibilidade carinhosa dos espaços cedidos.

As instituições que viabilizaram alguns desses encontros e a realização do doutorado: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio do Departamento de Psicologia, e a coordenação do curso de Medicina.

Aos estudantes e residentes entrevistados, que compartilharam dores alegrias e desejos comigo. Obrigada de coração.

*É triste ver o homem por dentro:
tudo arrumado, cerrado, dobrado
como objetos num armário.*

A alma não.

*É triste ver-se o mapa das veias,
e esse pequeno mar que faz trabalhar seus rios
como por obscuras aldeias
indo e vindo, a carregar vida, estranhos escravos.*

Mas a alma?

*É triste ver-se a elétrica floresta
Dos nervos: para estrelas de olhos e lágrimas,
para a inquieta brisa de voz,
para esses ninhos contorcidos do pensamento.*

E a alma?

*É triste ver-se que de repente se imobiliza
esse sistema de enigmas,
de inexplicado exercício,
antes de termos encontrado a alma.*

*Pela alma choramos.
Procuramos a alma.
Queríamos alma.*

Cecília Meireles

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *Internacional Committtee of Medical Jorrnals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a ed. São Paulo; Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Sumário

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	1
1.1 O Legado de prometeu e a saga da ciência médica	16
2. OBJETIVOS.....	24
3. MÉTODOS.....	26
3.1. Quadros Teóricos e Pressupostos Interpretativos.....	27
3.1.1 Fenomenologia existencial	27
3.1.2 Hermenêutica.....	32
3.1.3 A Teoria da Ação Comunicativa.....	38
3.2. Descrição da Metodologia - Estratégias da Pesquisa.....	44
3.2.1 Sujeitos pesquisados e o lugar da pesquisa	44
3.2.2 Instrumentos de coleta.....	46
3.2.2.1 As entrevistas.....	46
3.2.2.2 As oficinas.....	47
3.2.3. O piloto.....	49
3.2.4. O trabalho de campo propriamente dito.....	51
3.2.5. Análise de riscos, medidas de proteção.....	56
3.2.6. Aspectos Éticos.....	57
3.3. A construção das categorias.....	58
4. DIALOGANDO I: O “SER MÉDICO” E A MORTE – A BUSCA DA HUMANIZAÇÃO DIANTE DO LEGADO DE PROMETEU”	66
4.1. Concepções sobre “ser médico”	66
4.2. Concepções sobre a Morte - Exorcizar ou Abraçar!.....	83
4.3. Concepções dos estudantes/residentes sobre o enfrentamento do processo de morte de um paciente – a busca da humanização	93
4.4. Compartilhando horizontes	109
5. DIALOGANDO II: O “SER MÉDICO” E A MORTE – A INICIAÇÃO MÉDICA NA DISTÂNCIA DO SIMPLES OLHAR.....	118
5.1. Abordagem da morte “a inominada da gente”	118
5.2. A iniciação médica	127
5.3. Do cadáver ao primeiro paciente á morte - uma questão de envolvimento e comunicação.....	143

6. DIALOGANDO III: O “SER MÉDICO” E A MORTE - QUANDO A PRÁTICA QUEIMA OS DEDOS.....	175
6.1. O encontro com a morte encenada.....	176
6.2. Desejos de mudanças na educação médica: à procura do Mestre Quíron.....	216
6.3 Quando a prática queima os dedos: mensagem do Deus Hermes cuidar da dor do cuidador	238
7. (IN) CONCLUSÕES – A MORTE ILUMINA O HUMANO!.....	245
8. ANEXOS.....	259
9. REFERÊNCIAS	264
Apêndice	

Resumo

Silva GSN. A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 276p.

A partir da narrativa de médicos em processo de formação, buscou-se compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, com a finalidade de investigar em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, escolhidos entre todos os períodos de formação (do primeiro ano à residência médica). A Fenomenologia Existencial, a Hermenêutica Gadameriana e a Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, constituem a base filosófica do trabalho de produção e interpretação das narrativas. Para a produção das narrativas foram combinadas duas estratégias tecno-metodológicas: entrevistas em profundidade com roteiro e oficinas com utilização de “cenas” projetivas, objetivando maior profundidade e segurança na análise interpretativa. Os resultados foram agrupados em sete categorias temáticas: 1) Concepções sobre “ser médico”; 2) Concepções sobre a Morte; 3) Concepções dos estudantes/residentes sobre o enfrentamento do processo de morte de um paciente; 4) Abordagem da morte; 5) A iniciação médica; 6) O encontro com a morte encenada; 7) Desejos de mudanças na educação médica. As análises e reflexões desenvolvidas apontam que o “ser médico” compreende o ideal de ser um bom médico, o que significa ser técnico e humano na doença e na morte. Apesar de inseridos em uma cultura social e institucional de negação da morte, os entrevistados demonstram sensibilidade à re-humanização do processo de morrer. Essas concepções também estão presentes na proposta do currículo novo, mas que encontra tensões diante do modelo biomédico em que estão inseridos. A iniciação na Anatomia define um tipo de percurso a ser trilhado, baseado na expropriação da subjetividade, onde o distanciamento das emoções é a garantia do conhecimento objetivo. A prescrição do não envolvimento é adotada, e convive com sinais de relativização (não se envolver muito), quando o horizonte almejado é a humanização da prática médica, que, por sua vez, prescreve uma boa comunicação com o paciente à morte. Os estudantes e residentes transitam entre os dois cenários, com escassos modelos, poucas experiências para nominar e lidar com a morte, e muitos paradoxos. No seu encontro com o paciente à morte, esse cuidador se depara com as dificuldades para não promover a distância entre intenção e gesto em suas interações. Reclamam por uma formação médica capaz de re-juntar razão e emoção; médico e paciente; técnica e cuidado; vida e morte. O trabalho sugere por fim, o aprofundamento na direção da Ontologia Existencial, da Hermenêutica – Filosófica, e da Razão Comunicativa como caminhos para um adensamento conceitual capaz de contribuir para validar o desenvolvimento de um processo de formação médica capaz de transformar

o encontro professor-aluno e, médico-paciente. Defende que a mesma medicina que se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, pode se apoiar no enfrentamento dos conteúdos simbólicos existenciais da morte para se re-humanizar e recuperar a dimensão do cuidado em sua prática.

Descritores: 1-Formação Médica 2-Estudantes de Medicina 3-Morte
4-Humanização da assistência.

Summary

Silva GSN. The building of the “doctor being” and the death: meanings and consequences to care humanization. [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 276p.

we sought the understanding of the process for building a “doctor being” and its relation to the phenomenon of death, based on the narratives of students in the process of becoming doctors. A qualitative research took place with the medical school students from the Federal University of Rio Grande do Norte, chosen from all levels of the under-graduation (from the first year to medical residency), with the objective of investigating how this relation with death helps to promote the detachment among the medical scientific technologies and the dialogical processes of caring in the daily medical practice. The existential phenomenology, Gadamer’s Hermeneutics and the theory of communicative action, of Habermas, constitute the philosophical basis of the narratives production and interpretation work. To produce the narratives two techno-methodological strategies were combined: In depth interviews with scripts and workshops using projective role-play activities, seeking for a bigger depth and security in the interpretative analysis. The results were grouped in seven theme categories: 1) Concepts of a “doctor being”; 2) Concepts of death; 3) Concepts of the students/residents about facing the process of a patient’s death; 4) Death approaching; 5) The medical initiation; 6) Meeting death through a scene; 7) Desires of change in the medical education. The analysis and reflections developed point towards the idea that a “doctor being” is connected to the ideal of being a good doctor, which means being technical and human in the illness and death processes. Although part of a social and institutional culture of death denial, the interviewed students revealed sensibility to the re-humanization of the death process. These conceptions are also present in the new curriculum proposal, but they find tension facing the biomedical model which they are included. The anatomy initiation defines one type of path to be followed, based in the expropriation of subjectivity, where the detachment of emotions is the guarantee of objective knowledge. The prescription of a non-involvement is adopted, coexists with signals of relativization (to not get too involved), when the aim is humanization in the medical practice, which prescribes a good communication with the patient to die. The students move between these two scenarios, with rare role-models, few experiences to name and deal with death, and many paradoxes. In their meeting with the patient to die, the caretaker faces the difficulties of not promoting the distance between intention and gesture in their interactions. They reclaim a medical education able to re-gather sense and emotion; doctor and patient; technique and caring; life and death. The work suggests, at last, the advances towards existential ontology, from the philosophical-hermeneutics and the communicative reason as ways to a conceptual consolidation able to contribute to validate the development of a medical education process, able to transform the encounter pupil-student and doctor-patient. It defends that

the same medicine which was based on the biological death to fundament its practice in scientific meetings, can be based on the confrontation of death existential symbolic contents to re-humanize itself and recover the dimension of care in its practice.

Descriptors: 1-Medical education 2-Medical students 3-Death 4-Humanization of assistance

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Imagens de dor, de intenso sofrimento, aliadas aos desejos de mudança, obsediaram a escolha pelo diálogo com o tema da racionalidade médica, mais precisamente da formação médica. As imagens invocam a presença da morte. Não a morte física necessariamente, mas a morte em vida, a morte da sensibilidade, a ausência do contato humano, afeto, envolvimento, entrega. Imagens de um ouvir que não escuta, da morte ou interdição dos sentimentos.

São muitas as cenas fictícias e reais que vão guiando a composição desta tese, desde o capinar à colheita.

A escolha pela cena fictícia se deve ao fato de a ficção, com sua força e liberdade estética, apontar conflitos e questões que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde e que dizem respeito às motivações e ao percurso deste trabalho.

Eis uma cena fictícia:

Um jovem soldado, durante a primeira Grande Guerra Mundial, é atingido por uma bomba, perde seus braços e pernas, seus olhos, nariz e boca, mas permanece vivo, com a mente funcionando, porém os médicos acreditavam que ele não estivesse lúcido e, por isso, aceitam sem muito pesar a manutenção de sua vida. É prescrito um medicamento para seus movimentos (abalos musculares) e é também prescrito que nenhum membro da equipe deve ter 'envolvimento emocional' com o paciente. Este é deixado num quarto isolado onde ninguém pode vê-lo ou saber de sua existência. Duas personagens transgridem esta prescrição. A primeira, uma enfermeira que se penaliza do rapaz, abre as janelas e, com o calor do sol em sua pele, Johnny pôde começar a medir o tempo, dia, noite, dia, semana, semana, mês, outro

mês, até que se passa um ano, vários anos (em seu calendário interno). A segunda, uma outra enfermeira (curioso que sejam enfermeiras a desempenhar esse papel e não-médicos) que, ao ver o paciente pela primeira vez, chora e acaricia sua testa (e, em sua mente, Johnny grita, ao sentir as lágrimas caindo em seu corpo: 'que bom, você não tem nojo de mim'. Num outro momento, Johnny tem um sonho erótico, fica excitado (seu pênis fica ereto), a enfermeira não entende por que ele se debate, procura o motivo retirando as cobertas, o vê excitado e o masturba. Depois, ainda por resolução dela, aparentemente sem motivo algum, ou sem lógica alguma, a não ser a lógica de seu sentimento, a enfermeira escreve com a ponta de um dedo a expressão 'Merry Christmas' no peito do paciente. Este compreende a mensagem, acena com sua cabeça que compreendeu e, em sua mente, grita de felicidade e agradece comovido à enfermeira. Perseguindo um modo de se comunicar com 'os de fora', como os denomina, Johnny descobre que pode usar o código Morse e começa a 'telegrafar' mediante movimentos de sua cabeça. A enfermeira observa, não entende o que está havendo, mas percebe que ele quer expressar algo e vai em busca de alguém que possa entender do que se trata. Assim ocorre, vem os médicos, o capelão, o telegrafista (anos haviam-se passado; percebemos isto pelo envelhecimento do médico que o operava, o qual quer o autor tenha representado casual ou intencionalmente, usa muletas). Percebem que ele está tentando se comunicar. O telegrafista, entendendo o código, pergunta-lhe, 'telegrafando' em sua testa, o que deseja. Ele responde que quer poder ser útil, quer poder ganhar sua vida e que o modo de conseguir isto seria sendo exibido em praça pública, sendo uma espécie de atração circense: o homem sem braços, sem pernas, sem olhos, sem ouvidos, sem boca, sem nariz, mas que pensa e sente. E isto para que todos possam ver a tragédia que a guerra pode causar a um ser humano. A junta de médicos e militares lhe diz que 'infelizmente, isso não é possível'. Ele retruca que, se é assim, se não vão permitir que ele saia, ele prefere que o matem e repete insistentemente: 'matem-me, matem-me'. Eles saem e o de patente superior determina que o ocorrido não seja divulgado a quem quer que seja. A enfermeira, novamente a sós com Johnny, resolve atender seu pedido, e chorando, obstrui o tubo de oxigênio. O referido superior retorna ao quarto, desobstrui o tubo, expulsa a enfermeira, fecha as janelas, seda o paciente, sai e fecha a porta. Johnny fica sozinho no quarto, sonolento pela medicação e, no entanto, apesar de todo o seu desespero, continua 'telegrafando' um pedido de ajuda: S.O.S... S.O.S... (Relato do filme Johnny vai à guerra, do diretor Dalton Trumbo, baseado em romance escrito por ele em 1939, filmado em 1973).

Algumas das cenas reais:

“Até a água eles custam a me dar. Parece que eu contamina só com a presença. O médico não acredita que eu possa sair dessa, **ele diz isso com seus olhos, com sua desatenção**. Ele pouco vem aqui. Acho que ele tem medo quando eu tento tocá-lo, que a minha morte o leve também. **Ele não aprendeu que a morte é de cada um, ela não é contagiosa, cada um tem a sua** e pior, eu sei que ela não avisa quando vem mesmo que **o doutor se iluda achando que ele sabe o meu tempo... e o dele, Será que ele também sabe?** Sabe, é como se eu já tivesse morrido, eu preciso estar provando que estou vivo, por isso eu às vezes tenho essas ‘crises de nervoso’.” (Relato de um portador do HIV/Aids, em situação de atendimento psicoterapêutico realizado pela autora, em um hospital de referência em doenças infecto-contagiosas, 1995)

— “Doutor, eu acho que estou morrendo” (Paciente portador de um câncer em estado avançado)

— “Converse com sua psicóloga, que mais tarde eu volto aqui.” (médico) (Notas de um diálogo realizado em uma unidade especializada em oncologia, presenciado pela autora, 2002).

Presenciamos essas cenas reais durante a realização de atividades de extensão universitária em serviços médicos especializados, onde atuávamos como psicóloga. Na primeira situação em questão, temos um fragmento de um relato em sessão psicoterápica. Na segunda, a fala foi dirigida ao médico que entrava na enfermaria no momento de em que a autora estava com o referido paciente. Cenas que sempre a perseguiram, bem como as afirmativas – perguntas de tantos pacientes.

A des-atenção e des-humanização na prática médica, nessas imagens em que ficção e realidade se confundem, e os sentimentos que elas invocam estão presentes no nosso cotidiano como psicóloga.

A elaboração das idéias, aqui anunciadas, foram se impondo como reflexão através do encontro com pacientes e médicos no contexto

hospitalar, e em momento posterior, com estudantes e médicos no contexto acadêmico. Falam de um encontro não com teorias e dados somente, mas com vidas, pernas, braços, cores, histórias, dores, alegrias e muitos sentimentos. Falam da convivência com portadores do HIV/aids, por meio de atendimentos psicoterapêuticos, a partir de 1990 (ano de sua graduação em Psicologia) e ingresso como psicóloga num hospital de doenças infecto-contagiosas. Falam das atividades de docência desde 1994 (ano de sua aprovação no concurso público da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN) no Departamento de Psicologia da UFRN (especialmente a partir de 1997, com a introdução da disciplina Psicologia da Morte).

Atender, conviver e acompanhar a morte de muitos pacientes nos fez ingressar no caminho sem volta de tentar compreender o que significa não querer saber a cerca de nossa finitude? E o que significa tomar consciência dela? O que perdemos e o que ganhamos em nossa vida pessoal e em nossa prática profissional? O que ganham os pacientes com o diagnóstico de uma doença grave, por vezes “terminal”. E os médicos, como se sentem e respondem a essas questões em seu dia-a-dia profissional?

Acompanhar o processo de enfrentamento e muitas vezes morte dos pacientes portadores do HIV mais do que registro na memória são experimentações que resultaram em aprendizados, formação continuada e instigaram muitas reflexões.

Pretendendo ser mais uma interlocutora na luta contra a síndrome do preconceito, esta autora realizou uma monografia num curso de especialização em antropologia (UERN/1994), intitulada “Aids: no encontro

do gozo com a morte: a doença do outro”, grande encontro com a academia, através da professora Conceição Almeida. A partir daí, nossa militância intelectual e existencial, catalisada pelo encontro com os portadores do HIV/aids, ganhava novas formas de expressão.

Em seguida, como docente na UFRN, inauguramos a disciplina Psicologia da Morte, além de projetos de extensão com a temática da juventude, sexualidade e aids, e participamos da fundação de uma ONG - Canto Jovem dentro da mesma linha temática. Nesse momento as atividades de prevenção passam a ter um grande foco, pois já não trabalhávamos mais no hospital, embora continuássemos atendendo através de extensão e por meios de supervisão de estágio. A partir do interesse de uma estagiária, começamos a trabalhar também com pacientes oncológicos.

Em 1999 a autora ingressou no Mestrado Interinstitucional em Saúde Coletiva - IMS/UERJ-UFRN, e entre 1999-2001, com orientação sábia e prazerosa de Richard Parker, realizou a dissertação sobre o tema: “A construção do adolescer masculino e o uso de preservativo”. Ainda no mestrado, durante a realização de uma disciplina com a professora Madel Luz, nossas reflexões em relação à questão do enfrentamento da morte pelos médicos voltam a in(dentro)comodar e começam a ser explorados num trabalho de disciplina intitulado: “A racionalidade médica ocidental e a negação da morte” – primeiras sementes teóricas desta tese.

Por sua vez, as atividades da autora como colaboradora do NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – UFRN), iniciadas antes do período do mestrado e retomadas intensamente depois, com participação nos

projetos como, Universidaids, Curso de Especialização em Saúde da Família e PITS (programa de interiorização dos trabalhadores em saúde); trabalhando temas como aids, morte e profissionais de saúde, morte e ciclos de vida familiar; acrescidas das supervisões de estágios e projetos de extensão em psicologia hospitalar na oncologia infantil e oncologia geral, aumentaram o desassossego da autora em relação à formação médica, especialmente as vozes dos médicos-alunos nesse período. O relato de suas dificuldades em relação ao lidar com a morte se tornaram impactantes e decisivas na direção desta tese.

Foram anos de convivência e desconstrução de muitas verdades. O tempo, a neutralidade, a doença, a morte, a vida, o lugar da técnica e do cuidado foram revistados e deram forma e direção a um determinado olhar.

A relação da autora com os doentes, suas doenças e seus médicos, suscitaram reflexões em sua vida profissional e pessoal que talvez não surgissem sem eles.

Perguntas foram acrescidas a partir dos encontros citados: afinal, o que é “ser médico”? É possível lidar com os conteúdos subjetivos e simbólicos da morte na formação médica? É possível aliar técnica e cuidado no fazer médico? Como os estudantes/médicos concebem e vivenciam essas questões?

Para buscar formas de expressão para essas inquietudes, era preciso um interlocutor que também fosse tomado por essas questões. Ser aceita pelo parceiro escolhido para essa empreitada, em outras palavras, ser aceita

como orientanda de doutorado do professor Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, foi o grande encontro desse processo de muitas dores e alegrias, compartilhadas por um guia intelectual e existencial que de alguma forma sempre esteve ao lado. Já se mantinha um diálogo teórico catalisado por temas como aids e juventude, que pode ser materializado a partir do período do mestrado, quando nos conhecemos; tratava-se agora de outro caminho a ser trilhado, mesmo que tangencialmente inspirado nas vivências também em torno da Aids. No entanto alguns outros móveis nos aproximavam, como por exemplo, o cuidado e a humanização das práticas de saúde, dentre outros. A questão da morte na formação médica era trazida, foi cultivada e abraçada.

A autora, que tanto gosta de cultivar flores, realiza parte do caminho de fermentação da sua tese entre as flores da avenida Dr. Arnaldo, as flores que enfeitam a vida e acompanham a morte. De um lado, a Faculdade de Medicina da USP e o Hospital Emílio Ribas; do outro, o Cemitério do Araçá e as bancas de flores.

Vida e Morte no centro do percurso do trabalho e da própria existência, mobilizando o desejo de contribuir para gerar outra realidade para a formação médica, em que a relação médico-paciente seja menos fraturada, menos “desumana”.

Afinal, é conhecido o fato de que a formação médica tem-se preocupado ativamente com os novos, eficazes e elaborados procedimentos técnicos de manutenção da vida humana. Contudo, no que diz respeito ao enfrentamento da situação de sofrimento existencial do paciente que se

encontra nos limites entre a vida e a morte, parece faltar à devida orientação ao estudante de medicina e ao médico. Muitas vezes, este se afasta, se sente falho e frustrado diante da sua ocorrência. Tal reação é compreensível, tendo em vista que, dentro da ênfase tecnocientificista, volta-se o foco para o estudo do agente/doença, remédio/cura, e a morte simboliza apenas o fracasso. (Falcão e Lino, 2004).

Com o predomínio, na medicina, de uma racionalidade tecnológica e instrumental, tivemos a desvalorização da relação médico-paciente como recurso terapêutico. Talvez se deva a esse fato a atual crise em termos socioculturais, na sociedade ocidental, que envolve as relações da sociedade com a medicina. Categorias como sofrimento, saúde, vida, cura e morte se encontram ainda hoje pouco trabalhadas no exercício médico. A teoria das doenças ficou em evidência e a relação se estabelece prioritariamente entre instituição médica e doença (Camargo Jr, 1992; Luz, 1988).

Ayres (2002b), por sua vez, adverte para a necessidade de se examinar o significado do lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na prática médica. Lugar esse que evidencia um progressivo distanciamento da dimensão do cuidar no saber-fazer médico.

O referido autor defende que “cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele” (Ayres, 2002b, p. 5). O cuidado busca ser um “espaço relacional”, que trata o assistido também como sujeito.

A conceituação proposta por Ayres (2004a, p.22) esclarece nossa motivação em adotá-la. Temos:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Acrescentaríamos, também, à atenção existencial, as práticas relacionadas ao acompanhamento do processo de morte de pacientes.

Sem dúvida, são inegáveis os benefícios da medicina tecnocientífica, mas, unilateralizada como recurso diagnóstico e terapêutico, ela pode ficar mutilada. A evitação do contato humano elimina o reconhecimento do sofrer do outro através da palavra. A dor é medida, medicada, mas não reconhecida em seu significado, pois a palavra fica reduzida a meras informações na anamnese. Diante de um cenário assim, radicaliza-se o distanciamento e a desumanização da prática médica.

Humanizar é entendido aqui como “garantir à palavra sua dignidade ética”, ou seja, possibilitar que o sofrimento a dor e o prazer possam ser expressos pelos sujeitos em palavras e reconhecidos pelo outro (MS, 2000), uma vez que “as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes” (Betts, 2003).

Nos últimos anos foi-se desenvolvendo uma grande área de reflexão e pensamento denominada “Humanidades Médicas”, que pretende explorar como a experiência humana lida com outras experiências de pacientes, médicos, saúde, doença e sofrimento (Caprara, 2002).

Pereira (2004) adverte que seria um erro acreditar que as Humanidades Médicas haviam emergido somente na década de 1960. Ele afirma que seria mais acurado referir-se ao seu ressurgimento nessa década, tornando-se presença mais comum nas décadas de 1980 e 1990.

As “Humanidades Médicas”, portanto, dirigem seu olhar para a humanização da assistência. Objetivam não somente melhorar a relação médico-paciente, as capacidades comunicacionais dos médicos, mas também aprofundar a narrativa do paciente e procurar novas formas de promoção de bem-estar, reduzindo o impacto da doença e do sofrimento. Têm sido também elegida, ainda que timidamente, como um espaço para se discutir o enfrentamento da morte de um paciente em suas questões simbólicas e existenciais.

Cabe ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior / Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001; oficializaram o acompanhamento do processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico.

Temos no artigo 5º: “A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas”. Com destaque no Item XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

A reflexão sobre os diferentes aspectos envolvidos no ensino da morte no âmbito da formação médica e de outros profissionais de saúde tem sido estimulada por alguns autores, como Concone (1983), Howells (1986), Boemer (1989), Klafke (1991), Rappaport (1993), Zaidhaft (1990), Sayd (1993), Viana e Piccelli (1998), Rosa (1999); Lino (2003); Kovács (1992, 2003) e Falcão e Lino (2004). Contudo, é inegável que as escolas médicas ainda enfrentam dificuldades para assumirem o compromisso educacional com essa temática. Cenas como as do início deste texto corroboram nosso pensamento, bem como as pesquisas dos referidos autores apontam a falta de preparo dos estudantes de medicina e médicos para lidar com os processos de morte. As questões do morrer muitas vezes ficam limitadas a seus aspectos técnicos, ou fora da medicina.

Vianna e Piccelli (1998) nos lembram que, nas duas últimas décadas, a literatura científica tem sido pródiga em publicações sobre as atitudes do médico diante da morte e do paciente terminal. Entretanto, revelam que há poucos indícios capazes de definir se tais reações surgem durante o exercício da profissão, em face de situações concretas envolvendo a morte de pacientes, ou se há predisposições trazidas ou desenvolvidas durante a formação médica.

Falcão e Lino (2004, p. 117), investigando como a morte é abordada na formação médica, trabalham com alunos do início e fim do curso, buscando a percepção deles diante do paciente terminal. Identificam a dificuldade dos alunos com a proximidade da morte, o conseqüente afastamento dos pacientes, o silêncio na formação. Em suas palavras, eles constataam:

A forma como se dá esse acompanhamento, hoje, põe em relevo o aparato dos recursos tecnológicos e químicos capazes de prolongar a vida e atenuar o sofrimento físico dos que vão morrer. Cuida-se dos órgãos e esquece-se do atendimento ao ser humano integral que experimenta um momento crucial de sua existência.

Esses autores chamam a atenção para o papel fundamental que as faculdades de medicina e instituições hospitalares precisam assumir para um acompanhamento da morte dos pacientes de forma menos solitária e mais humana.

Por outro lado, Kübler-Ross (1996) guiou nosso caminho indicando que as habilidades, os relacionamentos, as atitudes e os comportamentos necessários aos cuidados com os pacientes que estão à morte são fundamentais na rede total de contatos com todos os pacientes. Eles são necessários a pacientes que estão seriamente doentes, como àqueles que estão se recuperando e prestes a voltar à vida normal na sociedade.

Com Gadamer (1993, p. 95) temos explicitada parte das inquietudes presentes nos ditos e não ditos para a construção deste texto. Indagamos junto com ele: “Como é possível que nos aproximemos com a distância do simples olhar, de coisas que na prática, nos queimam os dedos, como, por exemplo, a doença e a morte?”

Esclarecemos que, ao se referir “a distância do simples olhar”, o autor nos remete à distância do tão-somente contemplar teórico; e não a simplicidade contida num olhar humano, capaz por ele mesmo, de aproximar.

Assim, nossa incursão no terreno da formação médica ganhou contornos mais fortes e foi-se impondo à reflexão. Partimos do pressuposto de que compreender a relação do estudante de medicina com a morte em sua formação pode nos ensinar sobre a relação médico-paciente, para além das relações com pacientes terminais, e de que a possibilidade de fazermos outro percurso passa também pela clareza em torno do caminho percorrido.

Quando nos encontrávamos próximos ao exame de qualificação, duas novas cenas, originadas de uma vivência pessoal da autora, vieram reforçar a convicção acerca da urgência de se debruçar sobre a temática deste estudo. São falas de dois médicos consultados em função de um diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão recebido por um amigo-irmão da autora, na ocasião em sua companhia. Apesar do caráter doloroso das cenas e do desenrolar dos acontecimentos, ao contrário de interromper o delineamento do caminho da pesquisa, eles vieram trazer sustentação ao conhecimento explorado. Entende-se que esse caminho, para ser sustentado, precisa estar a serviço da vida e ser construído no sentido nietzscheano, ou seja, é preciso “constantemente parir nossos pensamentos de nossa dor e maternalmente transmitir-lhes tudo o que nos atinge”.

Eis as cenas:

“O caso dele é grave, muito grave! Não se pode viver sem cabeça, coração e pulmão. É tipo 4, quase 5, não vou enganar! É muito grave, mas vamos começar a quimioterapia. Está aqui tudo. Passem na recepção que a atendente orienta vocês para a autorização” [Médico 1/Ago/2005]

“É um câncer antigo, avançado, mas tudo tem tratamento. Eu não sou Deus, mas como médico vou fazer tudo que puder,

tudo que tiver de tratamento disponível. Vamos investigar toda a situação, e também vamos ter fé, né? Vamos lutar juntos! Já tive situações bem piores... Se todos os meus pacientes morressem eu não agüentaria, largaria a oncologia. Cada situação é única. Vamos conversar sempre sobre tudo, vamos **estar juntos**.” [Médico 2/Ago/ 2005]

Cinco meses depois o médico (da segunda cena), que havia desenvolvido uma boa relação com seu paciente, não conversou sobre “tudo” e não conseguiu “estar junto” nos momentos de proximidade da morte do paciente. Dificuldades de sua rotina atribulada? Ou outras dificuldades? Não sabemos...

Sabemos dos muitos desejos e dúvidas que acompanham os estudantes e residentes entrevistados no enfrentamento do processo de morte de seus pacientes; eles fazem parte do corpo e da alma deste escrito.

A maneira encontrada para buscar pistas que nos levem a uma direção que possibilite o “estar junto” entre os médicos e seus pacientes (que assim desejem), foi o que nos levou a tentar compreender no processo de construção do “ser médico”, a sua relação com a morte. Espera-se com esta tese contribuir para a compreensão do modo como tal relação participa na promoção do distanciamento da dimensão do cuidado no cotidiano da prática médica.

Propor o diálogo sobre o lugar da morte no processo de construção do “ser médico” com alunos de medicina talvez possa contribuir para melhorar a qualidade de vida e de morte presente na prática médica.

Feita esta introdução, e tendo justificado nossos propósitos, incluímos um breve percurso realizado pela saga da ciência médica, a fim de ilustrar o horizonte que configurou a Medicina Tecnocientífica. Em seguida, serão

expostos os objetivos, a trajetória metodológica escolhida, uma breve síntese dos resultados encontrados e o relato das discussões através do diálogo com os resultados, divididos em três partes: Dialogando I: O “SER MÉDICO E A MORTE – A BUSCA DA HUMANIZAÇÃO DIANTE DO LEGADO DE PROMETEU; Dialogando II: O “SER MÉDICO” E A MORTE: A INICIAÇÃO MÉDICA NA DISTÂNCIA DO SIMPLES OLHAR; Dialogando III: O “SER MÉDICO” E A MORTE – QUANDO A PRÁTICA QUEIMA OS DEDOS. Por fim teremos as (in) conclusões, as referências bibliográficas, acrescidos de alguns anexos (roteiro de entrevistas, roteiro das oficinas) e alguns apêndices (aprovação do projeto pela CAPPesq, modelo da carta-convite, modelo do termo de consentimento).

Este texto que apresentamos está repleto de vozes, silêncios e cantos. Fernando Pessoa (1997) dizia que quando fazemos silêncio dentro, a gente começa ouvir as coisas que não ouvia – as dos outros e as nossas, como uma melodia.

*Cessa o teu canto.
Cessa, porque enquanto
O ouvi ouvia
Uma outra voz como que vindo nos intertícios
Do brando encanto
Com que o teu canto
Vinha até nós.
Ouvi-te e ouvi-a
No mesmo tempo
E diferentes
Juntas a cantar.
E a melodia
Que não havia*

*Se agora a lembro,
Faz-me chorar.*

1.1. O legado de Prometeu e a saga da ciência médica

“De tão longe, não se escuta. Não se escuta e não se entende”.
Cecília Meireles

Distância de quê? Distância por quê? Uma distância imposta para conhecer o real, que culmina com o distanciar-se também das pessoas, das situações concretas que nos afetam, dos afetos, das dores, das relações interpessoais, dos nossos pacientes, da existência.

O mundo ocidental moderno fez a opção de distanciar-se, de isolar a razão dos afetos na produção do conhecimento. Tal separação é resultado da crença de que a verdade está além do sujeito que a produz. Luz (1988) afirma que a racionalidade científica moderna postula a razão e o método científico como norma fundamental para obtenção do conhecimento ou, de modo mais geral, como o modo de produção da verdade, nos quatro séculos de sua construção. Uma razão instrumentada pela observação repetida, tecnificada. É essa razão que institui a natureza como objetividade e como exterioridade ao homem, como materialidade a ser apreendida e explicada, que se constrói com o renascimento científico, que se explicitava no século XVII como “revolução científica”.

A essa revolução se deve a grande ruptura epistemológica Natureza - Homem, Natureza - Cultura. Temos as rupturas dualistas da racionalidade moderna: sujeito/objeto, corpo/alma, razão/sentido, quantidade/qualidade, bom/mau, masculino/feminino, normal/patológico; porque não dizer, saúde/doença, tristeza/alegria. Tal racionalidade parece não enxergar pontos de convergência, de interseção. Tudo o que se coloca no centro dessa dualidade é considerado situação marginal, desordem, caos – muitas vezes, um ruído para ciência que precisa ser eliminado.

Ruptura que não é apenas epistemológica, mas social e psicológica, na medida em que institui instâncias socialmente exclusivas para o exercício de cada um desses compartimentos: a produção de verdades para a razão (ciência); as paixões para a política e para a moral (ética); os sentimentos e os sentidos para as artes (estética) (Luz, 1988). Temos nessa fragmentação a marca do avanço da Racionalidade Científica na modernidade, racionalidade esta bastante eficaz na expulsão dos sentimentos, da subjetividade, na ruptura do próprio sujeito, em sua compartimentação. O início da expropriação da subjetividade é herança da obsessão em direção ao mundo-verdade inaugurado pelo platonismo, filho do dualismo socrático, segundo o qual a verdade não pode estar atrelada aos descaminhos da subjetividade, da experiência sensível, das aparências. Para se alcançar essa luminosidade, era preciso distanciar-se das ilusões, das aparências.

É fato que, desde Platão, a metafísica buscou uma espécie de visão observadora e distante do real. Advogava um tipo de olhar necessário para se chegar à essência – o ser das coisas.

Somos herdeiros dessa forma de pensar que orientou toda a história da civilização ocidental. Essa forma está subjugada a um entendimento sobre a natureza, sobre o significado do ser das coisas e do ser do homem, e que irá promover uma estreita relação entre o conhecimento, verdade e ciência.

A indagação era sobre o que constituiria o ser do real, ser das coisas – a sua natureza. Os primeiros pensadores gregos (século VI a.C.), concebiam esse ser como “*physis*” – aquilo que brota, permanece e declina; que está sempre em tensão, porque acreditavam que tudo aquilo que vem à existência, está no fluxo de impermanência e da transitoriedade (Michelazzo, 2002). Tal condição de impermanência, incomodou e incomoda muito, talvez seja a fonte de nossa angústia originária – a finitude.

Com Platão, o Ser é interpretado por “*idea*”, isto é, o aspecto, o visto; aquilo que é visto nas coisas quando elas se apresentam. A “*idea*” surge da “*physis*”, ou seja, é o aspecto daquilo que aparece, mas trata-se apenas de uma parcela do real, só aquilo que é visto, só o que tem visibilidade passa a ser considerado pelo pensamento, impondo-se como a interpretação normativa do ser das coisas. Temos aqui a crença de que o pensamento pode segurar o ser das coisas. Se não pode reter os entes sensíveis, por causa da sua impermanência pode retê-los na idéia, no conceito, nas proposições, já que são entes supra-sensíveis (resistentes a transitoriedades) (Michelazzo, 2002).

Na medida em que o ser do ente, apreendido como *physis*, se transforma em *idea*, uma grande e fundamental mudança se opera em nosso modo de perceber o real.

A interpretação substancialista do Ser apreendido como ente consolida na história o que Heidegger (1978) denominou de “esquecimento do ser”; e o desenvolvimento de um pensamento que se vai afirmar por intermédio de um domínio cada vez mais crescente sobre todo o real, que marcará o caráter de dominação da modernidade, onde tudo que é real tem que estar na condição de objeto claro e distinto. O sujeito vai procurar determiná-lo por meio de uma representação que promova a certeza e o cálculo. Temos assim o pensar científico, o novo conceito de verdade e seu método.

Heidegger (1978) denunciou que a origem dessa transformação está na mudança da essência da verdade (*Aletheia*) descrita no *Mito da Caverna*, de Platão, que, apesar de trazer a concepção de verdade como não-ocultamento, coloca a ênfase na claridade existente do lado de fora, e não na escuridão interior. No dizer de Chauí (1994:197), “em lugar de dizermos que o verdadeiro é o não-escondido, Platão (1993) nos leva a dizer que a verdade é o plenamente visível para o espírito”. O homem precisa, a partir daí, desviar seu olhar das sombras; precisa também acomodar seu olhar para alcançar a luz, a exatidão.

Será com Galileu Galilei o decisivo corte epistemológico na história do pensamento ocidental. Ele defende que não basta mais observar a natureza; importa saber colocar as questões e saber decifrar as respostas. Essa interpretação é matemática, assinala Japiassu (1985).

Quando Newton, no clássico *Princípios*, estabeleceu uma lei física sólida para todo e qualquer universo, tornou possível a nova e revolucionária visão da ciência. O impacto causado pela lei da gravitação universal foi

contundente do ponto de vista da metodologia e de uma lógica da ciência. Para ele, somente numa natureza absoluta e rigorosamente ordenada é possível imaginar um corpo em aceleração constante ou em movimento retilíneo. Qualquer perturbação, por mínima que fosse, alteraria a aceleração ou desviaria a trajetória.

De acordo com Burt (1983, p. 180),

a ciência era composta de leis que enunciam o comportamento matemático da natureza, exclusivamente – leis claramente dedutíveis dos fenômenos verificáveis exatamente nos fenômenos – tudo mais deve ser varrido da ciência, que assim se torna um corpo de verdade absolutamente seguro a respeito dos fatos do mundo físico.

Descartes havia anunciado que as idéias obscuras nos vêm da tradição e dos sentidos, enquanto as verdadeiras, as claras, são antes de tudo as idéias matemáticas. Apenas a partir delas o espírito humano chegaria à certeza e possibilitaria uma ciência que progredisse em ordem e com clareza, das coisas simples para as construções mais complicadas, explica Koyré (1986).

Com Descartes vamos ter a visão de uma natureza ordenada e rigorosa, em que o mundo fora dividido entre mundo da ciência e dos fatos objetivos, claros (*idea*)/entes supra-sensíveis) e mundo dos sentidos, da subjetividade, obscuro (*physis*)/entes sensíveis). Para esses pensadores, a via de acesso ao mundo tem que ser mensurável.

Podemos dizer que esse pensar é consolidado e sustentado por elementos como: simplicidade, estabilidade e objetividade, chamados por Vasconcelos (2002) de pressupostos epistemológicos da modernidade.

Para essa autora, na simplicidade surge a crença de que, separando o mundo complexo em partes, encontramos elementos simples, em que é preciso separar as partes para entender o todo. Daí decorre a atitude de análise e busca de relações causais lineares. A estabilidade fala da crença de que o mundo é estável, que o mundo já o é. Liga-se a essa idéia a crença na determinação (como a conseqüente previsibilidade dos fenômenos). Na objetividade, defende-se que é possível conhecer o mundo como ele é na realidade, somada sempre à exigência da objetividade como critério de cientificidade, exigindo colocar entre parênteses a subjetividade do cientista, ou seja, estabelecer o distanciamento.

Assim, vamos ter a máxima da pureza da razão e, a partir de Descartes, sob a égide da máquina, o mundo natural e humano passa a ser espiado. A ciência é a teologia da época; o relógio é a grande metáfora do Universo; o Positivismo, o guia necessário. A expulsão da subjetividade é a base dessa conquista (Silva, 2004).

Luz (1988) aponta que a medicina apenas exprime e ilustra, com radicalidade, um processo de racionalidade amplo que atingiu o Ocidente, desde o classicismo grego, mais crescentemente com o capitalismo moderno.

Ao utilizar a categoria Racionalidade Médica, estamos acolhendo a definição de Luz (1988), que advoga tratar-se de um construto lógico e empiricamente estruturado em presença de cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica). Tal racionalidade tende a se constituir em

proposições “verdadeiras”, ou seja, verificáveis de acordo com procedimentos racionais sistemáticos (preferencialmente os de racionalidade científica) e de intervenções eficazes face ao adoecimento humano.

A prática em saúde, ao radicalizar o processo de racionalidade científica, respondeu com o modelo biomédico vigente, que se refere à aplicação do pensar cartesiano à medicina. Houve, em seu trajeto, um deslocamento epistemológico e clínico da medicina moderna, com o deslocamento do saber sobre o doente para o saber sobre a doença. A milenar arte de curar doentes é substituída pela ciência das patologias. A história da medicina ocidental, em sua obsessão pelo saber científico, promove a hegemonia da diagnose sobre a terapêutica, ambas subjugadas à episteme.

O itinerário percorrido pela medicina, para desenvolver essa racionalidade, teve início, portanto, quando a medicina descritiva hipocrática – que integrava Natureza e Homem – advogava uma visão monista, unicista do ser e, conseqüentemente, tinha como objeto a pessoa humana em sua totalidade – aproximou-se da experimentação, da observação e classificação de atos e sintomas. Assumiram lugar as perspectivas da Escola de Galeno, onde a doença é vista como algo autônomo, terreno fecundo para o desenvolvimento de uma medicina mecanicista.

O segundo momento desse percurso foi marcado pela expansão do capitalismo e definiu o projeto epistemológico da promoção de uma ciência das patologias, fortalecida nas primeiras décadas do século XIX com o surgimento de uma nova forma de pensar e agir médicos – o nascimento da

clínica. Aqui ocorre a passagem do homem para o organismo patológico. A vida passa a ser vista através da anatomia e da morte (necropsia), sem conteúdos subjetivos. As doenças são classificadas e catalogadas em sintomas. As descobertas da microbiologia e o aparato tecnológico crescente se aliam, transformando a doença numa entidade. A partir de então, no final do século XX, a doença é buscada cada vez mais na intimidade microestrutural dos tecidos, nível celular e molecular, e menos na subjetividade do doente (Schraiber, 1993; Luz 1988; Camargo Jr.,1992).

Abrigados nos pressupostos epistemológicos da modernidade, numa cosmologia mecanicista, que torna o corpo humano uma máquina que requer reparos e exige instrumentos eficazes, além de um bom técnico, assistimos à configuração de uma medicina tecnológica especializada. Uma tecnologia que não admite o erro, o medo, a morte. Toda expressão de emoção se torna ruído dentro dessa lógica. Temos assim o legado de Prometeu!

Diz a lenda que Prometeu, um dos titânides e filho da própria mãe Terra, criou a raça humana do barro e por amor a ela, roubou o fogo celeste do sol – símbolo da razão. O feito heróico de roubar de Zeus o fogo nos fala sobre a saga científica e sobre o destino do gênero humano – construir, modificar a realidade à sua volta. Dotado de razão, mas mutilado em relação a outras faculdades, como afeto, desejo, imaginação.

2. OBJETIVOS

*“Estou certo de que o único objetivo da ciência é o
de aliviar as penas da existência humana.”
Bertold Brecht*

2.1 Objetivo geral:

- Compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com a morte, desenvolvido ao longo do processo de formação acadêmica, tendo como horizonte buscar entender de que modo tal relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica.

2.2 Objetivos específicos:

- Compreender as concepções construídas sobre sentido prático do “ser médico” desenvolvidas ao longo da formação médica.
- Compreender as concepções construídas sobre o significado da morte na prática do médico desenvolvidas ao longo da sua formação.
- Identificar as teorias e orientações recebidas pelos estudantes/residentes de medicina em relação ao lidar com a morte na prática médica.

- Interpretar, à luz dos aspectos acima, as experiências dos alunos em relação ao papel do médico no processo de morte de um paciente ao longo da formação médica.

3. METODOLOGIA

É a partir da natureza do estudo que determinamos o caminho metodológico a ser percorrido. Caminho este que, no presente trabalho, pode ser facilitado pelas estratégias qualitativas.

Minayo (2000, 2002) defende que a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. Esta abordagem se preocupa em investigar um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser traduzidos na operacionalização de variáveis; aprofunda-se nos significados das ações e relações humanas, num olhar não-perceptível e não-captável em equações, médias e estatísticas.

As técnicas qualitativas podem proporcionar uma oportunidade para as pessoas revelarem seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos). O modo como falam sobre suas vidas é importante; a linguagem usada e as conexões realizadas revelam o mundo como é percebido (Spencer, 1993). O pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições, e as conexões causais pelas interpretações (Martins e Bicudo, 1989).

Para percorrer o caminho escolhido, adotamos como referências teóricas a Fenomenologia Existencial, a Hermenêutica Gadameriana e a Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas.

Esses quadros teóricos fundam o trabalho de interpretação na intersubjetividade. A linguagem é tomada como o terreno comum da realização da intersubjetividade e da busca de entendimento. É considerada a esfera, a instância onde o sentido dos discursos se des-vela, ao se reconstruir como diálogo. Partem de pressupostos que advogam sensivelmente a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Quem conhece se inclui no que quer conhecer, resume Ayres (2002a).

3.1. Os quadros teóricos e o encontro de seus pressupostos interpretativos

3.1.1. Fenomenologia Existencial

A fenomenologia nasceu de uma consciência de crise da ciência, crise do conhecimento, da necessidade de confrontar-se com as insuficiências metodológicas da ciência positivista (Josgrilberg, 2002). Surgiu no final do século XIX com Franz Brentano, mas foi com Husserl, no século XX, que teve sua elaboração mais consistente. Ele retomou o conceito de intencionalidade de Brentano, formulando a partir dele o método fenomenológico, através da defesa da correlação entre conteúdo subjetivo e conteúdo objetivo, contrapondo-se às correntes racionalistas do século XVIII.

Para ele, a chave da interpretação do mundo está no modo como o organizamos intencionalmente.

Minayo (2002, p.91), explica que:

a fenomenologia não concebe a subjetividade em oposição à objetividade, porque esses dois termos estão em correlação: o sujeito que realiza objetiva-se em sua ação e seu produto é sua própria subjetivação.

A analítica fenomenológica heideggeriana, por sua vez, apresenta diferenciações da analítica husserliana, mas também muitas possibilidades de articulações. Husserl e Heidegger estão muito mais próximos um do outro, em suas analíticas, que o conflito entre os dois, nos anos 20 e 30 do século passado (ou a controvérsia estimulada pelos discípulos), deixou transparecer (Josgrilberg, 2002). Não será objeto de aprofundamento tal questão, embora seja oportuno explicitar alguns aspectos com os quais trabalharemos, e que são corroborados pela reflexão do referido autor.

É fato que ambas as analíticas perguntam, por caminhos diferentes, o sentido da ciência em relação àquele que a produz ou aquele que se beneficia. Husserl pergunta por aquele que a produz e suas origens (subjetividade transcendental, fundação transcendental das ciências, concreção no mundo da vida); Heidegger pergunta pelo modo pelo qual a ciência participa da estrutura da hermenêutica existencial e da interpretação do sentido do ser. Essas analíticas nasceram e se estruturaram como caminho para uma filosofia do sentido. Ambas implicam, de início, uma teoria do significado, e são, desde a fonte, hermenêuticas (Josgrilberg, 2002).

A analítica da existência humana, tratada por Heidegger, não só colocará a interpretação da existência do homem sob nova luz, mas tomá-la-á, a existência mesmo, como a nova essência do homem, tal como mostra sua célebre e original afirmação no clássico *Ser e Tempo* (1995): “a essência do homem reside na sua existência”. O que há de célebre e de original nessa afirmação? Justamente o fato de juntar, pela primeira vez, duas categorias, que em toda a tradição do pensamento metafísico, nunca foram associadas (Michelazzo 1999).

Para Heidegger, há no homem uma relação de comum-pertinência entre essas categorias.

A essência-existência desse ente homem, ele denominou de “Dasein” – *ser-aí*. Ente este que possui a capacidade de questionar, de interrogar, sobre o seu próprio ser, e tem como tarefa inexorável, a de “ter que ser”, de cuidar do seu ser, de tornar-se, de construir-se no mundo, com os outros (Corrêa e Vale, 2002).

A cada instante, o *ser-aí* tem que assumir o próprio ser como seu. Portanto, o homem enquanto existente é, fundamentalmente, poder-ser, projeto.

É do âmbito da existência, do ser dos homens no mundo, que parte a investigação fenomenológica aqui tratada: qualquer investigação se constitui por interrogar pelo ser de algo. O que se compreende por ser é aquilo que determina a identidade do método, ou seja, a estrutura da interrogação. Para a fenomenologia, a questão do ser extrapola o âmbito conceitual,

apresentando-se de modo genuíno no âmbito da existência, ou seja, o ser de tudo que há reside no estar sendo dos homens no mundo e não nas coisas nelas mesmas, como concebe o pensar metafísico (Critelli, 1996).

A fenomenologia heideggeriana, como método, recoloca o homem na sua condição existencial, buscando compreendê-lo na sua “facticidade”, aceitando como modo constitutivo de seu ser no mundo, o caráter de mutabilidade e relatividade – enfim a fluidez do seu existir. Neste sentido, mostra-se a necessidade de as ciências da saúde ampliarem o modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade.

Por outro lado, é no reconhecimento da facticidade do mundo enquanto mundo vivido que Husserl se aproxima por seus próprios caminhos da perspectiva de Heidegger. Trata-se do mundo em sua cotidianidade, tanto quanto em sua condição de *a priori* universal de todos os mundos e do mundo comum de todos.

De acordo com Josgrilberg (2002), o mundo-da-vida (“*Lebenswelt*”) aponta para o dado de que todos os distintos “mundos”, e inclusive o mundo da ciência, fundam-se por referência ao mundo comum e *a priori*. O mundo da ciência tem a pretensão de dizer o que é a realidade. O “*Lebenswelt*” não diz o que é a realidade, mas é a sedimentação última de sentido do horizonte de mundo em que vivemos concretamente.

Por isso, uma questão primordial e de consenso acerca da condução de um estudo na perspectiva fenomenológica é que o pesquisador é co-participante do mostrar-se do fenômeno e não como alguém que, numa postura neutra, observa o que ocorre fora dele, mesmo porque só é possível interrogar aquilo de que fazemos parte.

É importante ainda considerar que o olhar daquele que interroga jamais é um olhar dele mesmo isoladamente, mas é um olhar do qual tomam parte aqueles com quem ele é no mundo. Entretanto, é um olhar, ao mesmo tempo, exclusivo, que expressa toda a sua singularidade.

Portanto, a questão do ser enquanto existente defendida por Heidegger, e a consideração do “*Lebenswelt*” – mundo da vida – em Husserl são vitais para o pensar e o fazer fenomenológico e suas implicações para as ciências, neste caso, para a pesquisa em questão.

O reconhecimento do mundo da vida é importante, pois no “*Lebenswelt*” encontramos-nos em face de estruturas tacitamente aceitas, estruturas analíticas da história e do ser humano. Essas estruturas constituem um lócus, um ponto de partida comum para todas as analíticas possíveis. O diálogo entre as analíticas encontra nas estruturas do mundo vivido (e sua transmissão pela linguagem) as estruturas existenciais da vida humana, fenomenologicamente desveladas, um lugar de trânsito *entre* as analíticas contemporâneas. Esses pressupostos são amplamente compartilhados por Gadamer e Habermas, também tomados como referenciais teóricos interpretativos para este estudo.

3.1.2. A Hermenêutica

O termo “hermenêutica”, na filosofia grega, expressa a arte de interpretar. Termo etimologicamente ligado a Hermes – deus grego considerado o mensageiro dos deuses. Era a barganha com a palavra e a rapidez do pensamento e ação que possibilitava a ele interpretar e transmitir os desígnios dos outros deuses, de onde vem o epíteto “hermeneus” (intérprete).

Considerada como uma disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos, tem trazido valiosas contribuições nas pesquisas sociais, ao estender-se à interpretação de discursos e ações.

Minayo (2002) esclarece que o termo “texto” pode ser usado num sentido bastante amplo: biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, dentre outros.

No âmbito deste trabalho, ele é utilizado como discurso. Ricoeur (1976) chama nossa atenção para o fato de que um ato de discurso não é simplesmente transitório e evanescente, pois pode identificar-se e reidentificar-se como o mesmo, de maneira que podemos dizê-lo até em outra língua, ou de outra forma, mas ainda assim ele preserva uma identidade própria, que pode se chamar conteúdo proposicional.

Sua abordagem aqui intenta não restringir um evento de fala aos aspectos estruturais da linguagem, ou seja, entender a fala enquanto acontecimento; implica uma atenção ao sentido da mensagem. “Se todo

discurso se atualiza como evento, todo o discurso é compreendido como significação” (Ricouer, 1976, p. 23).

Para Hans-Georg Gadamer (2002), a hermenêutica tem como tarefa esclarecer o milagre da compreensão, descobrir os sentidos das ações humanas. Parte do princípio de que todo conhecimento do mundo é mediado pela linguagem. Para ele, todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo. Compreensão esta condicionada pelo espaço e tempo; pelos limites dados a partir da historicidade humana, onde cada situação tem seu horizonte próprio.

A interpretação do significado é caracterizada pelo círculo hermenêutico, ou seja, o entendimento de um texto (de um discurso, no caso desta tese) acontece através de um processo no qual o significado das partes separadas é determinado pelo significado global do texto, que por seu turno, pode alterar o significado das partes, e assim sucessivamente (Kvale, 1996).

Na tradição hermenêutica, essa circularidade não é vista como um círculo vicioso, porém muito mais como um círculo frutífero, uma espiral, o que implica a possibilidade de um aprofundamento e entendimento do significado contínuo.

Aquilo que, para concepções positivistas do fato humano, constitui um vício e um obstáculo – o círculo lógico em que se vê a compreensão, uma vez que quem compreende está incluído no que quer compreender – para Gadamer (2002), ao contrário, constitui a essência mesma do compreender.

Ou seja, ele encara, a partir da condição de pertença, o acesso ao outro não como um resgate de seu horizonte, e sim como uma *"fusão de horizontes"*.

Ayres (2002a, p.39) explica:

Não é porque somos "psiquicamente" ou "espiritualmente" humanos que podemos nos colocar em contato com o Outro, mas porque o somos linguisticamente, afirma Gadamer, é porque *somos sempre os destinatários potenciais de qualquer discurso humano*. Aquele que compreende não decodifica uma experiência externa a si, ao seu horizonte lingüístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo Outro numa cadeia interminável de inter-referências que faz de nós, humanos, o "diálogo que somos. .

Na hermenêutica, o interpretado suscita questões para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através dessa complexa "dialética de pergunta e resposta", realiza-se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo (Ayres, 2005).

Por meio do conceito de "fusão dos horizontes", fica explícito que nessa perspectiva hermenêutica o significado não está no texto, na ação ou no discurso, nem no autor, ou sujeito, mas na relação que existe entre eles.

Neste sentido, a perspectiva narrativa é dialógica. Caprara (2002), comentando Mishler (1986, p.134), pontua: "ele critica o fato de que exista uma relação entre o pesquisador e a pessoa entrevistada, um objeto a ser conhecido". Esse autor fala de pessoas em relação entre si quando afirma que não estamos entrevistando alguém, mas aprendendo dele. É por isso que não podemos separar as respostas das perguntas e do contexto.

Portanto, o centro da abordagem hermenêutica está na compreensão do discurso, procurando entender a multiplicidade dos significados, tentando clarear o que é confuso, escondido, fragmentado. No processo interpretativo, não se procuram identificar as intenções do autor ou do sujeito, mas entender os sentidos da fala, propiciando o desenvolvimento do conhecimento intersubjetivo (Ricoeur, 1995).

A compreensão assumiu, aqui, centralidade na atitude de investigação. O processo interpretativo, por sua vez, obedeceu à regra hermenêutica, segundo a qual devemos compreender o todo a partir da parte e a parte com base no todo. Foi operacionalizado por meio de leituras exaustivas e repetidas, que visam a ampliar a unidade do sentido pela concordância de todas as partes singulares com a totalidade compreensiva (Gadamer, 2002).

Durante a análise das entrevistas, é comum ler uma entrevista toda primeiro para obter um entendimento mais ou menos geral; voltar-se para certos termos e expressões especiais, tentando posteriormente desenvolver seus significados; para em seguida voltar-se para o entendimento global da entrevista, à luz de um entendimento mais aprofundado das partes e assim sucessivamente (Kvale, 1996).

O referido autor enfatiza, ainda, que uma interpretação de significado termina quando a pessoa alcança uma boa “*gestalt*”; quando os significados dos diferentes temas façam modelos sensíveis e entrem numa unidade coerente.

Algumas balizas ou critérios foram levados em consideração no tratamento do material empírico à luz da hermenêutica:

- autonomia do texto (no sentido aqui entendido: discurso): o texto deve ser entendido nas bases de sua própria referência de enquadramento. Isso acontece explorando o que o texto em si fala sobre o tema. No caso das análises de entrevistas, e das oficinas, isso quer dizer que a interpretação deveria estar conectada com o conteúdo do que é dito e tentar entender o que elas expressam sobre a vida do sujeito. A biografia e as teorias psicológicas sobre o tema têm importância subordinada; o que importa é aprofundar e estender o significado autônomo do que foi dito nas entrevistas (Kvale, 1996). Nas palavras de Minayo (2002, p. 99), “buscar entender as coisas e os textos ‘neles mesmos’”.
- a interpretação de um texto não é um fato pressuposto: o intérprete não pode fugir da tradição de entendimento no qual ele ou ela vive. Pode, no entanto, fazer uso atento para fazer esses pressupostos explícitos. “O que importa é estar ciente o tanto quanto possível das próprias presunções, e levá-las em conta na interpretação (Kvale, 1996, p. 50). Nesse sentido”, Minayo (2002) ressalta que a compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais inicia não são arbitrárias. Gadamer (2002) chama tais opiniões de “preconceitos”. Quer dizer, um juízo que se forma antes do exame definitivo de todos os momentos determinantes segundo a coisa em questão.

- O reconhecimento da existência de preconceitos é condição indispensável à compreensão. Ele afirma que o importante para o intérprete é apropriar-se seletivamente das suas opiniões e preconceitos, estando consciente dos seus próprios pressupostos. Ou seja, para compreender, não é necessário descartar as opiniões próprias, apenas abrir-se à opinião do outro. Essa abertura implica colocar as opiniões do outro em alguma relação com as próprias opiniões. “Em princípio, quem quer compreender um texto deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa” (Gadamer, 2002: 358).
- Toda interpretação envolve inovação e criatividade (todo entendimento é um melhor entendimento). A interpretação vai além do que é dado imediatamente e enriquece o entendimento, trazendo à tona diferenciações e inter-relações no texto. Os significados experienciados imediatamente na situação de entrevista são expandidos e refinados através da interpretação (Kvale, 1996: 50).
- conhecimento sobre o tema estudado: requer um conhecimento extenso do tema por parte do investigador, de modo que o entrevistador possa ser sensível às nuances de significados expressados e aos contextos diferentes aos quais eles possam se relacionar (Kvale, 1996). O discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura, corroboramos com Habermas (1996) Minayo (2002) e Gadamer (1999) ao abordarem a práxis interpretativa da hermenêutica.

Uma análise hermenêutico-dialética agrega a busca da compreensão (Gadamer) a uma atitude crítica (Habermas). Enquanto a hermenêutica busca as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, o método dialético introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação (Minayo, 2002).

É importante registrar que Gadamer (2002) se aproxima da dialética quando assegura que a compreensão só é possível pelo estranhamento, pois a necessidade de entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e das próprias incompletude e finitude humanas.

Nas palavras de Minayo (2002, p. 85): “A compreensão só se transforma em uma tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza numa pergunta”.

Em que medida as consequências da construção do ser médico e sua relação com a morte, desenvolvidas na formação médica, interferem na prática médica, em seu distanciamento da dimensão do cuidado? Falamos com os estudantes de medicina sobre essa questão, buscando construir com eles/elas as respostas para nosso estranhamento.

3.1.3. Habermas e a Teoria da Ação Comunicativa

O lugar da linguagem nos modos de constituição e compreensão da sociabilidade contemporânea é um dos maiores aportes teóricos de Jürgen

Habermas. Ao formular sua Teoria da Ação Comunicativa, o faz amparado na crença de que a linguagem é o elemento humano que pode revelar um outro lado da razão. Trata-se do fato de a linguagem ter por característica constitutiva o *telos* do entendimento entre os homens. A dimensão da linguagem que ele privilegia é a das relações comunicativas entre os sujeitos, que usam a linguagem para se referirem ao mundo e tomar parte dele – ou seja, a dimensão pragmática da linguagem, não o uso das sentenças como uma representação da realidade na nomeação dos objetos e estado de coisas. (Aragão, 2002).

Em outras palavras, a linguagem, entendida como ferramenta pragmática, serve também para compartilhamento de representações simbólicas acerca do mundo, introjetando papéis e normas de ação.

O discurso racional, compreendido como uma linguagem produzida e produtiva como diálogo, não constrói uma realidade “para seu sujeito”, mas constrói formas de inscrição de sujeitos na realidade (Habermas, 1989).

Nesse sentido, e apoiado na teoria dos atos de fala de John L. Austin, Habermas, ao elaborar sua teoria, considera que qualquer tipo de ação humana – lingüística ou não-lingüística – tem um objetivo, e que um *ato de fala*, uma ação lingüística, será sempre um meio cujo fim é alcançar entendimento.

Um ato de fala é o emprego de uma sentença, um proferimento. Sua finalidade principal, apesar de envolver sempre comunicação, nem sempre está voltada para a comunicação. Há atos de fala que buscam descrever

estados de coisas ou de experiências. Há outros, ainda, que simulam uma intenção comunicativa mas buscam, estrategicamente, apenas conseguir que o outro aja segundo interesses que podem não ser autenticamente seus.

Existem três tipos de atos de fala, entendidos distintamente como aquilo que um proferimento diz, faz e provoca. Ou seja, cada ato é identificado pelo sentido do que foi falado. Assim, quando algo é dito, alguém está dizendo algo (sentido locucionário), está fazendo algo ao dizer (sentido ilocucionário), e provocando algo pelo que disse (sentido perlocucionário).

A partir da distinção entre os sentidos ilocucionário e perlocucionário dos atos de fala, Habermas estabelece dois tipos de ação social (comunicativa e estratégica ou propositada), conforme o tipo de uso que se faça destes diferentes propósitos e efeitos dos atos de fala; podendo ser dependente de interesses emancipativos ou instrumentais, respectivamente. Trata-se de ações lingüisticamente mediadas e distintas também quanto aos mecanismos de coordenação de ação (harmonização dos vários planos individuais de ação).

O agir comunicativo distingue-se do agir estratégico, porque não procura privilegiar outro efeito no interlocutor senão aquele explicitado no sentido ilocucionário do discurso. Apesar de visar a um fim, sua ação depende da força racionalmente motivadora de realizações de entendimento, isto é, de uma racionalidade que se manifesta nas condições para um consenso obtido comunicativamente (Aragão, 2002).

Nas ações estratégicas, a coordenação depende de influências (ameaças, sugestões) sobre o comportamento do outro. A realização do plano de ação está vinculada à interpretação de um agente, orientada para seu próprio sucesso, sobre a situação. O agente, usando de fatores externos à interação – intervenção direta na situação ou influência – leva à indução do comportamento do outro agente.

Nas ações comunicativas, o entendimento por meio da linguagem é o próprio coordenador das ações comunicativas; os agentes adequam seus planos dentro de um horizonte de vida compartilhado, baseados em interpretações comuns da situação, e chegam a um acordo mútuo racionalmente motivado.

O agir comunicativo só é possível porque há um conjunto de sentidos e normas sociais compartilhados por todos os membros do grupo, que possibilita sua inserção naquele universo cultural ou, como o esclarece, Husserl, naquele “mundo da vida” (Aragão, 2002). O “*lebenswelt*” é caracterizado para Habermas como pano de fundo implícito de toda interação comunicativa.

Também de acordo com Habermas (1996), o discurso é uma forma de comunicação que procede através de argumentos para obter formas de conhecimento válido. A legitimidade desse acordo vai depender do sucesso em três níveis de “validação intersubjetiva”.

Na ação com finalidades comunicativas, dependente da utilização da linguagem orientada para o entendimento, a racionalidade de uma

expressão é submetida a critérios que julgam as pretensões de validade erguidas (de correção normativa, de verdade e de sinceridade) e razões pela qual tal expressão é deferida ou rejeitada (aquilo que a torna aceitável), segundo as mesmas pretensões.

Em outras palavras, os discursos são submetidos a três níveis de validação, tanto pelo falante como pelo interlocutor. No plano da *correção normativa*, o conteúdo do discurso é aceito ou não como adequado às normas ou valores éticos, morais e políticos num dado contexto, ou seja, é aceito como correto ou incorreto em relação aos conceitos normativos estabelecidos (ou à legitimidade das normas pressupostas). No plano da *verdade*, as proposições acerca do mundo objetivo são tidas ou não como verdadeiras. No plano da *sinceridade*, os proferimentos são ou não são expressões subjetivas autênticas. Pode faltar sinceridade ou inautenticidade por distúrbios sistemáticos da comunicação em relação à intenção e/ou posição subjetiva do falante.

Já nas ações manifestamente estratégicas, as pretensões de validade são minadas. As condições de validade normativas são substituídas por sanções, ameaças, e a busca do efeito perlocucionário (muitas vezes não explícito) é que prevalece.

É oportuno registrar que, diante desse referencial, alguns questionamentos passaram a fazer parte da nossa reflexão, exigindo a ampliação do nosso olhar e do nosso caminhar.

Em que medida o aprendizado dos estudantes em relação à morte ocorre de forma acidental (efeito perlocucionário) ou faz parte de uma motivação normatizada na formação médica?

A partir dos discursos dos estudantes e amparados na teoria da ação comunicativa, buscamos:

- compreender o significado das ações estratégicas e/ou comunicativas que permeiam a formação médica;
- identificar os movimentos de interdição e/ou superação de um discurso/prática na construção de um “ser médico”, que no lidar com a morte de um paciente seja capaz de aliar a tecnociência médica a dimensões do cuidar.

A leitura habermasiana das interações comunicativas fornece elementos que permitem compreender normas sociais e experiências pessoais dos sujeitos por intermédio da identificação e interpretação das pretensões/condições de validade dos discursos que permeiam suas concepções e práticas.

Ao pretendermos um entendimento com os estudantes de medicina da UFRN acerca do processo de construção do “ser médico” e sua relação com a morte, tornaram-se inevitáveis mais alguns questionamentos, desta vez sobre os planos de validação de seus discursos.

- Que concepções emergem dos discursos dos estudantes/residentes de medicina em torno do “ser um bom médico” e ter uma correta relação

com a morte? Elas sofrem modificações ao longo da formação? São compartilhados pela instituição formadora?

- Que pressupostos, conceitos e evidências em torno do lidar com o processo de morte de um paciente são assimilados pelos entrevistados na sua formação médica?
- Como percebem as interações intersubjetivas (professor/aluno; aluno/aluno; professor-paciente; aluno/paciente; aluno/parentes dos pacientes) experimentadas ao longo da formação médica no enfrentamento do processo de morte?
- Como avaliam sua participação nessas interações quanto à formação, expressão e realização de seus próprios valores, interesses e afetos relacionados com a experiência da morte na prática médica?

3.2. Descrição da Metodologia ou Estratégias Operacionais da pesquisa

3.2.1 Sujeitos Pesquisados e o lugar da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa são estudantes de medicina da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), escolhidos entre todos os períodos (do primeiro ano à residência médica).

O curso de medicina da UFRN foi criado em 29 de janeiro de 1955. Nesses 50 anos, foram formadas 71 turmas, com um total de 3.653 médicos.

A graduação médica da UFRN é dividida em 12 períodos, dos quais os dois últimos são de internato. Existe um hospital, o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), com serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, unidade de terapia intensiva, enfermarias de clínica médica, ginecologia, cirurgia e pediatria, onde ocorre a maior parte das aulas práticas. Possui sua grade curricular dividida por módulos/disciplinas, com carga horária de 8.385 horas total. Iniciou sua reforma curricular em 2002.

A escolha pela variação por períodos entre os estudantes atende ao intuito de percorremos várias etapas da formação. Poder percorrer tais etapas tem por objetivo observar possíveis permanências, alterações ou discrepâncias das representações em torno do “ser médico” e da morte, podendo identificar as motivações e justificativas para possíveis mudanças, bem como os sentimentos envolvidos. Atravessar a singularidade de cada etapa será importante para a visão do processo a ser investigado. O primeiro grupo representa o início da formação, com os desejos e idealizações presentes. Já no período de residência, os valores e conceitos aprendidos ganham expressão maior no campo da prática, bem como as representações em torno do tornar-se médico foram expostas a uma grande variedade de elementos como, por exemplo, a cultura tecnocientífica.

Realizamos a coleta nas instalações do curso de medicina da UFRN. Em uma sala do NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva) foram realizadas as entrevistas. As oficinas, por sua vez, aconteceram numa sala de aula no departamento de Saúde Coletiva e Nutrição, no horário noturno.

Os espaços para a realização do trabalho de campo foram escolhidos com o intuito de garantir a privacidade e facilitar o deslocamento dos entrevistados.

3.2.2. Instrumentos de coleta de dados

Utilizamos dois diferentes recursos para produzir as narrativas: a entrevista em profundidade, com roteiro (Anexo A) e, em seguida, oficinas com utilização de fantasias dirigidas ou “cenas” (Anexo B).

A utilização combinada de mais de um recurso metodológico, nas palavras de Spink (1993, p. 156), “visa à compreensão em profundidade e à maior segurança na análise interpretativa”.

3.2.2.1. A Entrevista

A entrevista em profundidade com roteiro consiste num dos métodos mais importantes para captar os sistemas de valores, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão às situações conflituais e às experiências vivenciadas.

O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informação é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transporte, através de um

porta-voz, às representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo, 2000).

A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Enquanto outros instrumentos têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou; a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (Lüdke e André, 1986).

As técnicas para a concepção e execução das entrevistas foram baseadas em Denzin e Lincoln (2000), Minayo (2000) e Kvale (1996).

3.2.2.2 As Oficinas

As oficinas foram realizadas com o intuito de aprofundar dados, confrontar percepções, valores, e driblar o racional tão presente nos discursos.

Entendemos que a utilização de recursos que promovem situações em que a pessoa projeta seus desejos, medos, expectativas – como é o caso do uso de fantasias dirigidas ou “cenas” – possibilita uma melhor incursão no universo subjetivo e intersubjetivo dos entrevistados.

As oficinas derivam de uma experiência norte-americana do *workshop*, traduzida pelos hispanos como *taller* e para o português como oficinas. De acordo com Paiva (2000), é um recurso bastante utilizado em encontros que

têm como objetivo a co-construção de saberes. Por isso é usualmente conhecido em intervenções de caráter educativo.

No campo da saúde têm sido bastante utilizadas como estratégia para desenvolver a prevenção e promoção da saúde, sendo também defendida como recurso estratégico em pesquisas, especialmente o recurso da "cena". Esse recurso tem sido utilizado por pesquisadores como Monteiro (1995), Paiva (2000, 2005) e Silva (2001).

As oficinas propõem um compartilhar de informações, objetivando a criação de ambiente descontraído que facilita o envolvimento de todos no processo. Nelas são realizadas dramatizações, ou construções imaginárias, de algumas situações; que possibilitam, no caso das "cenas sexuais", a compreensão dos significados das práticas sexuais, que surgem concretizadas, com seus elementos e contextos.

Sobre o uso de "cenas" Paiva (2005) explica que são ferramentas para conscientização, ação, invenção e circulação de repertórios discursivos (e não-discursivos) de grupos e indivíduos, que podem resultar em mobilização individual e social para promoção da saúde, direitos sexuais e reprodutivos.

A autora, ao argumentar sobre sua utilização como recurso para pesquisa, ressalta que "a cena é única e nunca será a mesma da descrição do próprio sujeito, que ao decodificá-la poderá provavelmente refazê-la" (Paiva, 2005, p 3)

A análise de narrativas dos participantes através da cena oferece "um testemunho da experiência nas próprias palavras do sujeito"; neste caso,

sob o calor do acontecimento, sem grandes elaborações racionais, a qual é altamente relevante para as abordagens de pesquisa qualitativa.

No âmbito deste trabalho, utilizamos “cenas” imaginadas, depois descritas no papel, e relatadas no grupo. Trata-se de uma metodologia co-construtivista que possibilita *insights* de novos repertórios, a partir de uma experiência antecipada, por meio de dramatizações e visualizações (com relato verbal e escrito posterior a cena).

3.2.3. O Piloto

O roteiro de entrevista e o roteiro da oficina, nesta investigação, foram submetidos a um trabalho piloto de coleta de dados ou pré-teste, com o propósito de averiguar sua adequação.

Nas pesquisas qualitativas, o instrumento de coleta de dados, denominado “roteiro de entrevista”, deve sofrer modificações sucessivas, em decorrência da aplicação de pré-testes, ou seja, de entrevistas preliminares. Muitas vezes, nessas entrevistas, o pesquisador percebe que o roteiro proposto está inadequado, e retira alguns itens do mesmo e/ou acrescenta outros (Nogueira-Martins et al.2004).

O piloto foi realizado nas dependências do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica (CEDEM) da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), com alunos dessa instituição, numa sala reservada para esse fim. O convite aos alunos foi feito inicialmente por meio eletrônico, com apoio do

Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CAOC), intermediado pelo professor Joaquim Edson Vieira. Outros convites foram feitos diretamente pela pesquisadora, facilitados pelo fato de ela estar participando como estagiária do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) na disciplina de Psicologia Médica, ministrada no terceiro ano. Por fim, alguns convites foram feitos pelos próprios entrevistados aos seus colegas. O agendamento das entrevistas aconteceu diretamente com a pesquisadora, e em algumas ocasiões foram mediados pela secretaria do CEDEM. Foram realizadas oito entrevistas (uma com um estudante do primeiro ano; duas com alunos do segundo ano; duas com alunos do terceiro ano, duas com alunos do quarto ano e uma com interno do quinto ano); e uma oficina, com dois estudantes (um do segundo ano e outro do quarto ano). Todas as etapas foram gravadas e transcritas mediante acordo com os entrevistados, que assinaram termo de compromisso para a participação no processo.

Após a análise do processo de coleta e dos dados obtidos, o roteiro original das entrevistas sofreu algumas alterações. Foram retiradas questões relativas à relação médico-paciente, por se tratar de um tema que surgia espontaneamente quando se investigavam as questões em torno do “ser médico”.

O estudo piloto reafirmou a importância das oficinas no aprofundamento dos dados das entrevistas, bem como verificou a ocorrência de *insights* e autodescobertas pelos estudantes, ao compartilharem e discutirem as “cenas” imaginadas, configurando para eles um momento de reflexão sobre a temática investigada.

3.2.4. O trabalho de campo propriamente dito

Como mencionado, a coleta foi realizada nas instalações do curso de medicina da UFRN, numa sala do NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva) e do Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição, preparadas para cada finalidade específica.

As entrevistas ocorreram numa sala de professores do NESC, a partir das 11 horas até mais ou menos 13 horas; em algumas poucas ocasiões, no horário das 16:30 horas. As oficinas, por sua vez, aconteceram numa sala de aula no Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição, no horário noturno (a partir das 18 horas). Os espaços para a realização do trabalho de campo foram escolhidos com o intuito de garantir a privacidade e facilitar o deslocamento dos entrevistados, e os horários de acordo com a disponibilidade dos alunos.

A seleção das possíveis pessoas a participarem da pesquisa foi feita considerando-se a possibilidade de permitir o aprofundamento e abrangência da compreensão do tema em questão, obedecendo a alguns critérios para incluir o estudante na amostra de entrevistados. São eles:

- a) estar matriculado no curso de medicina da UFRN e pertencer a um dos períodos do curso de medicina da UFRN;
- b) estar em condições físicas e psíquicas de dar o consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa.

O convite aos alunos do curso de medicina da UFRN foi feito, em parte, por intermédio de alguns professores que em sala de aula divulgavam a proposta da pesquisa. Outros convites foram realizados por contatos pessoais da pesquisadora. Foi utilizado o convite eletrônico (Apêndice 1) intermediado pelo centro acadêmico, mas não recebemos nenhum aluno que tivesse vindo participar a partir dessa forma de convite. O convite feito no “boca a boca” pelos alunos foi o que deu origem à procura maior.

A partir do primeiro contato telefônico, a pesquisadora agendava a primeira etapa – a entrevista e, ao término de todas as entrevistas, era realizado novo contato telefônico para o agendamento das oficinas.

É interessante registrar que grande parte dos entrevistados (nove) não sabia que a pesquisa abordava também a questão da morte. Fato não mencionado pelos autores dos convites (professores e alunos que já haviam feito entrevista), com exceção da própria pesquisadora. O argumento utilizado foi de que, se os alunos soubessem que abordariam o tema da morte, talvez não tivessem interesse em participar. Tal fato que não consistiu numa estratégia adotada previamente. Solicitávamos que o convite fosse dirigido também a alunos que a princípio não tivessem interesse declarado na temática. Talvez por isso, sem nenhum acordo, os autores dos convites deixaram de mencionar a questão da morte.

As entrevistas ocorreram em sessão com duração mínima de uma hora e trinta minutos e no máximo duas horas. As oficinas também ocorreram em uma única sessão, com tempo médio de três horas de duração. Todas as atividades foram gravadas com anuência dos entrevistados, sendo

posteriormente transcritas e as observações anotadas em diários de campo. As transcrições obedeceram rigorosamente à forma pela qual o sujeito se expressou, incluindo eventuais erros, pausas, repetições, hesitações ou truncamento de palavras.

É importante lembrar que, nos estudos qualitativos, a amostragem não obedece a critérios numéricos, mas à possibilidade de permitir aprofundamento e abrangência de compreensão de uma situação (Minayo, 2000). A generalização a que se aspira num estudo desse tipo diz respeito a possibilidades de compreensão do fenômeno estudado. O principal, nesse tipo de investigação, é o aprofundamento da informação, e este se dá menos na quantidade de pessoas entrevistadas e mais nas estratégias de obter tais informações.

No entanto, previmos inicialmente um número mínimo de participantes, que se mostrasse operacional para garantir variedade e possibilidade de entrevistas profundas. Nesse sentido definimos, para cada ano de curso, pelo menos dois entrevistados (um por período, o que corresponde a dois alunos por cada ano), e dois residentes por ano de residência, dois residentes do primeiro ano - R1 (clínica médica), e dois residentes do segundo ano – R2 (um da clínica médica e outro da cirurgia).

Garantimos o mínimo de 16 participantes, mas realizamos no final 19 entrevistas (uma a mais no terceiro, quinto e quarto ano). Isto ocorreu em função da procura espontânea dos alunos.

Realizamos três oficinas, dividindo os grupos por agrupamento de períodos próximos: Grupo 1: alunos dos 1º, 2º e 3º anos (quatro participaram, sendo uma aluna do primeiro, um aluno do segundo, e dois alunos do terceiro - um homem e uma mulher); Grupo 2: alunos dos 5º e 6º anos (participaram duas alunas do quinto ano e uma aluna do sexto ano); e Grupo 3: residentes (dois alunos participaram - um residente do primeiro ano e outro do segundo ano). Os alunos do 4º ano formariam uma oficina, mas apenas uma aluna compareceu, fato que inviabilizou sua realização, mas, diante do interesse da aluna, realizamos o trabalho com as “cenas”.

No total foram 19 entrevistados (oito homens e 11 mulheres), dos quais dez participaram das oficinas. Apesar de todos terem demonstrado bastante interesse, tivemos dificuldades para conciliar os horários pra que todos participassem.

Apresentamos a seguir um quadro síntese dos entrevistados e outro das oficinas:

QUADRO-SÍNTESE DOS ENTREVISTADOS

NOME	SEXO	IDADE	ANO/PERÍODO DO CURSO
Patrícia	FEM	23	1º. Ano/1º período
Paulo	MAS	19	1º. Ano/2º período
Diogo	MAS	22	2º. Ano/3º período
Deborah	FEM	23	2º. Ano/4º período
Taciana	FEM	21	3º. Ano/5º período
Tibério	MAS	20	3º. Ano/5º período
Telma	FEM	20	3º. Ano/6º período
Felix	MAS	28	4º. Ano/8º período
Felipe	MAS	23	4º. Ano/8º período
Fernanda	FEM	23	4. Ano/8º período
Carmen	FEM	21	5º. Ano/9º período
Clara	FEM	22	5º. Ano/10º período
Cecília	FEM	23	5º. Ano/10º período
Sofia	FEM	24	6º. Ano/12º período
Simone	FEM	23	6º. Ano/12º período
Ricardo	MAS	25	Residente 1
Rafael	MAS	25	Residente 2
Renata	FEM	25	Residente 1
Rodrigo	MAS	24	Residente 2

QUADRO-SÍNTESE DAS OFICINAS

OFICINAS	NOME	SEXO	ANO/PERÍODO DO CURSO
OFICINA PRIMEIROS ANOS	Patrícia	FEM	1º. Ano/1º período
	Diogo	MAS	2º. Ano/3º período
	Taciana	FEM	3º. Ano/5º período
	Tibério	MAS	3º. Ano/5º período
OFICINA INDIVIDUAL	Fernanda	FEM	4º. Ano/9º período
OFICINA INTERNATO	Clara	FEM	5º. Ano/10º período
	Cecília	FEM	5º. Ano/10º período
	Sofia	FEM	6º. Ano/12º período
OFICINA RESIDENTES	Ricardo	MAS	Residente 1
	Rafael	MAS	Residente 2

3.2.5. Análise de riscos, medidas de proteção

Garantimos que, caso ocorresse durante a operacionalização metodológica da pesquisa, algum risco de desencadear um processo de ordem emocional que já estava latente, poderíamos recorrer ao apoio do Serviço de Psicologia do Hospital Universitário (HUOL). Cabe registrar, ainda, que a pesquisadora responsável pelo projeto tinha condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial, por ser psicoterapeuta. Por outro lado, poder dar voz à própria subjetividade, no que tange às questões da formação profissional, sem dúvida beneficiaria todos os

envolvidos, com os ganhos obtidos com a própria escuta interior e desdobramentos futuros da pesquisa.

3.2.6. Aspectos éticos

Na realização desta pesquisa tomamos as precauções necessárias para assegurar e respeitar os direitos e a liberdade dos indivíduos pesquisados. Os pesquisados foram informados sobre os objetivos e o desenvolvimento da investigação, sendo-lhes assegurado que poderiam tomar a decisão de participar, livre e conscientemente. Nesse sentido, assinaram um termo de consentimento, conforme apresentamos no Apêndice 2.

O anonimato das informações e depoimentos dos indivíduos foi preservado. A escolha dos locais para realização das etapas de coleta garantiu privacidade de todos. Firmou-se o compromisso de seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL/MS/CNS, 1997) em todos os seus aspectos e garantimos, incondicionalmente, a publicação dos resultados e o uso exclusivo para finalidade desta pesquisa.

Salienta-se que o presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMUSP – CAPPesq (Apêndice 3).

3.3. A construção das categorias temáticas

*“Os enredos interessam só as madames viciadas
em novelas de TV ou às comadres novidadeiras.
Quanto a mim – incapaz de atenção continuada –
não passo de um encantado leitor de entrelinhas”*
Mário Quintana

Optamos por apresentar neste momento uma síntese ilustrativa dos resultados obtidos no processo de configuração das categorias temáticas. Essas categorias foram compostas a partir dos achados de cada subtema (“ser médico” e “a morte e o estudante de medicina”), obtidos por meio das entrevistas e utilização de “cenas” nas oficinas, cuja realização do processo de análise e interpretação das falas para o alcance desses resultados ocorreu mediante uma leitura hermenêutica, conforme já descrito.

Eis os resultados de forma esquemática (esta obedece à ordem obtida a partir da análise dos dados e não a seqüência original dos instrumentos de coleta) de sua obtenção e, em seguida, o quadro 1, que estabelece a relação entre as questões pesquisadas e as categorias construídas:

Sobre o “ser médico”

1. Concepções sobre o “ser médico”

Concepções sobre a relação médico-paciente.

Mudanças na idealização do “ser médico”.

Sobre a morte e o estudante de medicina

2. Concepções sobre a morte
3. Concepções do papel do médico no enfrentamento do processo de morte de um paciente
4. A Abordagem da morte
5. A iniciação médica
6. O estudante de medicina e a morte
7. Os desejos de mudança na educação médica

Quadro 1:

Questões do roteiro/ “cenas”	Categorias Temáticas
<p>(SER MÉDICO)</p> <p>O que é “ser médico” para você? Que tipo de médico você deseja ser? Como você descreve um médico competente? Você espera que a faculdade promova o desenvolvimento desses atributos? Como desenvolver os atributos necessários?</p> <p>CENA 2 <i>“Construa uma cena onde você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma relação ruim com o médico.”</i></p> <p>CENA 3 <i>“Construa uma cena onde você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma excelente relação com o médico”</i></p> <p>Para a primeira questão feita - O que é “ser médico” para você? Você daria a mesma resposta se estivesse no início do curso? Mudou sua forma de pensar?</p> <p>Se mudou, você identifica como, e quando ocorreu?</p>	<p>Concepções sobre o “ser médico”</p>
<p>(A MORTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA/ RESIDENTE)</p> <p>Fale o que é morte para você? Como você lida com a morte na sua vida?</p> <p>Como você acha que o estudante de medicina deve lidar com um paciente a beira da morte?</p> <p>Com quem você conversa sobre a morte?</p> <p>Como o tema da morte é abordado no curso?</p> <p>Quais foram suas reações nas primeiras aulas de anatomia?</p> <p>Como é abordada a interação do médico com o paciente à morte?</p>	<p>Concepções sobre a Morte</p> <p>Concepções dos estudantes/residentes de medicina sobre o enfrentamento do processo de morte de um paciente</p> <p>Abordagem da morte - a inominada da gente</p> <p>A iniciação médica</p>

Planos da Teoria da Ação Comunicativa	Objetivos específicos	Questões do roteiro	Categorias Temáticas
<p>HORIZONTE NORMATIVO</p> <p>Que concepções emergem dos discursos dos estudantes de medicina em torno do “ser um bom médico” e ter uma correta relação com a morte?</p> <p>Elas sofrem modificações ao longo da formação?</p> <p>São compartilhados pela instituição formadora?</p>	<p>1. Compreender as concepções construídas sobre sentido prático do ser médico desenvolvidas ao longo da formação médica.</p> <p>2. Compreender as concepções construídas sobre o significado da morte na prática do médico desenvolvidas ao longo da sua formação.</p> <p>.</p>	<p>O que é “ser médico” para você?</p> <p>Que tipo de médico você deseja ser?</p> <p>Como você descreve um médico competente?</p> <p>Você espera que a faculdade promova o desenvolvimento desses atributos?</p> <p>Como desenvolver os atributos necessários?</p> <p>CENA 2</p> <p><i>“Você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma relação ruim com o médico.”</i></p> <p>CENA 3</p> <p><i>“Você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma excelente relação com o médico.”</i></p> <p>Para a primeira questão feita - O que é “ser médico” para você? Você daria a mesma resposta se estivesse no início do curso? Mudou sua forma de pensar?</p> <p>Se mudou, você identifica como, e quando ocorreu?</p> <p>Fale o que é morte para você? Como você lida com a morte na sua vida?</p> <p>Como você acha que o estudante de medicina deve</p>	<p>(CAPÍTULO 4)</p> <p>CONCEPÇÕES SOBRE O “SER MÉDICO”</p> <p>CONCEPÇÕES SOBRE A MORTE</p>

		<p>lidar com um paciente a beira da morte?</p> <p>CENA 1</p> <p><i>"Você é o médico e está com um paciente à beira da morte".</i></p> <p>Com quem você conversa sobre a morte?</p> <p>Como você espera que o tema seja abordado no curso?</p>	<p>CONCEPÇÕES SOBRE O PAPEL DO MÉDICO NO ENFRENTAMENT O DO PROCESSO DE MORTE DE UM PACIENTE</p>
--	--	---	--

<p>VERDADES ACEITAS</p> <p>Que pressupostos, conceitos e evidências em torno do lidar com o processo de morte de um paciente são assimilados pelos entrevistados na sua formação médica?</p>	<p>4. Identificar teorias e orientações recebidas pelos estudantes de medicina em relação ao lidar com a morte na prática médica.</p>	<p>Como o tema da morte é abordado no curso?</p> <p>Quais foram suas reações nas primeiras aulas de anatomia?</p> <p>Como é abordada a interação do médico com o paciente à morte?</p>	<p>(CAPÍTULO 5)</p> <p>A ABORDAGEM DA MORTE – A INOMINDA DA GENTE</p> <p>A INICIAÇÃO MÉDICA</p> <p>DO CADÁVER AO PRIMEIRO PACIENTE À MORTE</p>
<p>EXPRESSÃO SUBJETIVA</p> <p>Como percebe as interações intersubjetivas (professor/aluno; aluno/aluno; professor-paciente; aluno/paciente; aluno/parentes dos pacientes) experimentadas ao longo da formação médica no enfrentamento do processo de morte?</p> <p>Como avalia sua participação nessas interações quanto à formação, expressão e realização de seus próprios valores, interesses e afetos relacionados com a experiência da morte na prática médica?</p> <p>Essas interações são coerentes com o ideal de médicos que os estudantes perseguem?</p>	<p>5. Interpretar, à luz dos aspectos acima, as experiências dos alunos em relação ao papel do médico no processo de morte de um paciente ao longo da formação médica.</p>	<p>Você pode falar como foi seu primeiro contato com a morte de um paciente?</p> <p>Quais os sentimentos vivenciados nessa situação? O que você fez com eles?</p> <p>CENA 1:</p> <p><i>“Você é o médico e está com um paciente à beira da morte.”</i></p> <p>Como você acha que a formação acadêmica pode auxiliar o estudante de medicina a lidar com a morte de seu paciente?</p>	<p>(CAPÍTULO 6)</p> <p>O ENCONTRO COM A MORTE ENCENADA</p> <p>OS DESEJOS DE MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA: A PROCURA DO MESTRE QUIRON:</p>

A discussão será realizada nos capítulos seguintes, obedecendo-se à seguinte estrutura:

Na discussão do horizonte normativo, teremos a configuração dos discursos dos estudantes de medicina /residentes sobre o ser médico e sua relação com a morte durante a formação médica, apresentados em DIALOGANDO I: O “SER MÉDICO” E A MORTE – A BUSCA DA HUMANIZAÇÃO DIANTE DO LEGADO DE PROMETEU; em verdades aceitas, teremos a legitimação ou não, das concepções encontradas como verdades pelo ensino médico, reunidas em DIALOGANDO II: O “SER MÉDICO” E A MORTE: A INICIAÇÃO MÉDICA NA DISTÂNCIA DO SIMPLES OLHAR; e os dados relativos às autenticidades ou expressões subjetivas dos discursos sobre o enfrentamento do processo de morte de um paciente são reunidos sob o tema: DIALOGANDO III: O “SER MÉDICO” E A MORTE – QUANDO A PRÁTICA QUEIMA OS DEDOS.

4. DIALOGANDO I: O “SER MÉDICO” E A MORTE - A BUSCA DA HUMANIZAÇÃO DIANTE DO LEGADO DE PROMETEU

Eu sei tudo que é para saber sobre medicina, sou melhor em diagnóstico do que qualquer cirurgião, mas não consigo fazer com que ela coma. Você tem jeito com pessoas? Se você for embora não poderei aprender com você.
(Personagem do filme Patch Adams – o colega de quarto na universidade).

O compartilhamento de valores entre os estudantes/residentes de medicina sobre o “ser médico” e sua relação com a morte é o centro desta análise. Os horizontes normativos dos estudantes, isto é, os valores que compartilham, possuem e /ou apreendem sobre o “ser médico” são investigados e confrontados com suas aspirações, desejos e valores sobre o papel do médico no enfrentamento do processo de morte de um paciente, nas várias etapas de sua formação; em suas tensões e convergências com o modelo de ensino em que estão inseridos.

4.1. Concepções sobre o “ser médico”

No início da entrevista fizemos uma evocação de palavras sobre o “ser médico”. Os estudantes/residentes diziam no mínimo cinco palavras que representassem para eles o “ser médico” e depois seguíamos com outras questões referentes ao primeiro eixo temático (conforme quadro 1 citado no item 3.3), que, por sua vez permitiram dar forma às palavras citadas e a esta discussão.

Ser um bom médico é a expectativa central de todos os alunos do primeiro ao sexto ano, cujo ideal apresenta dois eixos principais: “tem que ter muito conhecimento”, “tem que ser humano”. Em outras palavras, o bom médico deve reunir o conhecimento técnico-científico com o conhecimento humanístico, ou o citado “jeito com pessoas”.

Quando perguntados sobre o que é “ser médico”, obtivemos a presença das duas dimensões. O salvar, o curar, representativos da dimensão técnica, e o cuidar, ajudar, correspondendo à dimensão humanística.

“Ser médico para mim **é cuidar, proporcionar bem estar, saber ouvir o paciente, tratar**” [Fragmento de entrevista – Felipe - **4º ano/8º período**].

“É poder **salvar alguém, tirar o sofrimento** da pessoa.” [Fragmento de entrevista – Patrícia - **1º ano/1º período**].

“É **ajudar quem está sofrendo, se possível curar, que é o que todo médico deseja.**” [Fragmento de entrevista – Ricardo - **residente 1**].

“É você fazer o possível pra ajudar o paciente, conseguir ter **empatia** com ele, é também se dedicar, **estudar muito**, e quero **ganhar bem** por isso.” [Fragmento de entrevista – Tibério - **3º ano/ 5º período**].

Alguns pesquisadores (Tamosauskas e Packer, 2000, 2002; Batista e Dini, 2004), ao abordarem os fatores envolvidos na escolha da medicina, encontraram forte presença de elementos altruístas, como ajudar as pessoas; fatores pessoais, como realização; e fatores materiais, como remuneração. Encontraram, ainda, a expectativa do exercício de uma medicina caracterizada pela ajuda, compromisso, idealismo e cuidado (Batista e Dini, 2004), dados que demonstram convergência com nossos achados.

É importante registrar que expressões como renúncia, dedicação e estresse começam a surgir a partir do terceiro ano, talvez devido o fato de que, com a reformulação curricular, os estudantes começam, no segundo ano, a ter contato com os pacientes. Conseqüentemente começam mais cedo as exigências à aplicação do seu conhecimento, bem como a dificuldade em relação à administração do tempo, que terá seqüência nos próximos anos.

“Olha, é ter uma vida pesada, é muito estressante, não tenho tempo para mais nada.” [Fragmento de entrevista – Tibério - **3º ano**/ 5º período].

Nessa direção apontam os estudos de Bellodi et al. (2002), quando afirmam que aprender a “ser médico” significa, muitas vezes, perda e/ou diminuição do contato com o mundo não-médico, especialmente em relação ao lazer, ao contato com a família e outros significantes fora do ambiente acadêmico.

Já a partir do 4º ano, é freqüente também a preocupação em ser paciente, ter bom humor, ser simpático, deixando explícitos que são requisitos que garantem a adesão do paciente ao médico – ou seja, “eles voltam”, conforme sugere o trecho:

“Eu acho que bom humor é importante, conhecimento mesmo de estudar bastante, e eu acho que paciência também, eu acho que esses três principalmente” [Fragmento de entrevista – Fernanda - **4º ano**/ 8º período].

Apenas dois alunos se reportaram ao papel social do médico como um possível agente de transformação. Ambos participam do centro acadêmico. Segue a percepção de um deles:

“Ser médico é cuidar, curar a dor do outro, mas **também é exercer a possibilidade de transformação social mesmo**. É também ser um cidadão que tem um papel social forte.” [Fragmento de entrevista – Telma - **3º ano**/ 6º período].

Para as perguntas sobre o tipo de médico que desejam ser, as respostas giraram prioritariamente em torno dos aspectos humanistas, como: ajudar as pessoas, ter empatia, dar atenção, demonstrar interesse, conversar; diminuir sofrimentos. Vejamos algumas falas:

“Quero ser uma médica bem próxima, bem **ao lado** do paciente.” [Fragmento de entrevista – Patrícia - **1º ano**/1º período].

“Quero **ser um médico que preze o lado da humanização, que converse com o paciente**, que eu consiga fazer isso” [Fragmento de entrevista – Sofia - **6º ano**/ 12º período].

“Ser um médico que faça o possível para **ajudar** o paciente. Não quero aquela coisa distante, eu chegar num paciente e ele nem olhar pra mim, e eu ficar de cabeça baixa anotando tudo, eu espero olhar pra o paciente, como eu queria, eu me vendo como paciente, como eu queria ser tratada. Chegar no consultório, o médico olhar pra mim, conversar comigo, demonstrar-se preocupado, ser **atencioso**.” [Fragmento de entrevista – Deborah - **2º ano**/ 4º período].

“Você ter **empatia** pelos pacientes, às vezes eu não consigo, as vezes eu, pô esse cara tá criando coisa...às vezes eu não consigo ter empatia, mas é muito mais fácil você tratar alguém quando você entende o que ela tá sentido, você sente que aquilo tá incomodando como incomodaria você, entendeu? Então empatia eu acho importante também. É preciso esse lado de entender bem o outro, não adianta só a técnica.” [Fragmento de entrevista – Cecília **5º ano**/ 10º período].

Eles se colocavam sempre em primeira pessoa, faziam referências a contramodelos e evidenciavam a questão da humanização, o desejo de conseguirem alcançar esse ideal.

Quando indagados sobre o que entendem por um médico competente, retomam a concepção já mencionada, de aliar técnica e disposições humanísticas. No que tange ao atributo conhecimento técnico, são comuns expressões: *estudar muito, se atualizar, saber resolver o problema, acertar o diagnóstico*. Resultados semelhantes foram encontrados por Morinaga et al. (2002).

No que compete às questões humanísticas, surge de forma cada vez mais acentuada a preocupação com a relação médico-paciente, juntamente com a presença de aspectos como empatia, atenção; aliados à constatação da importância da competência comunicativa nessa relação.

“Tem que ta **sempre estudando**, se atualizando e ter **uma boa relação com seu paciente**.” [Fragmento de entrevista – Felipe - 4º ano/ 8º período].

“Uma médica **cuidadora, prestativa, atenciosa e eficiente**, que saiba resolver o problema do paciente e seja muito dada, tenha jeito de falar com o paciente, **tem que ter jeito com o paciente**.” [Fragmento de entrevista – Cecília - 5º ano/ 10º período].

“É preciso que **ele passe confiança**, que sabe o que ta fazendo e que também **o paciente possa se abrir** com ele, ele **ser competente em explicar direito, com sinceridade**.” [Fragmento de entrevista – Rodrigo/residente 2].

Langley (1989), em seus estudos, reafirma a presença da relação médico-paciente como um atributo do médico ideal, englobando a empatia e habilidades de comunicação dentro deles. Já o trabalho de Tório Durantez (1997) salienta a comunicação e acrescenta o compromisso e a responsabilidade dentro desse mesmo atributo.

Em nossa pesquisa, podemos observar de maneira explícita a defesa de uma atenção integral do paciente representando o compromisso com ele. O depoimento da aluna do terceiro ano, ilustrado abaixo, ainda sugere que se trata de um aspecto a ser considerado na humanização da prática médica.

*“Acho que tem a ver com muita coisa. **A gente é ensinado muito a se preocupar em fazer o diagnóstico e passar o tratamento**, agora saber se aquele paciente vai aderir, se vai comprar o medicamento, se ele vai tomar aquele medicamento da forma correta, se ele vai ter alguém em casa que vai ajudar, não tem essa preocupação. **Eu acho que é uma responsabilidade nossa saber da situação do paciente**, isso também **faz parte da humanização, conhecer meu paciente**. Não é simplesmente jogar uma receita e pronto cumpri meu papel. **Não acho certo mas a gente vê muito.**”* [Fragmento de entrevista – Telma - 3º ano/ 6º período].

É interessante observar que, a partir do quinto ano, período do internato, surge em nossos achados uma maior preocupação de como envolver-se de forma equilibrada com o paciente. Eles entendem que tal equilíbrio é condição para o desenvolvimento de uma boa relação médico–paciente, e o avaliam como uma questão muito difícil de ser alcançada.

*“Eu quero que ele sinta segurança, me veja assim como uma pessoa que estudou, é competente, segura, e que se preocupa com ele, **diferente da maioria do que a gente vê né, que às vezes tem medo de se envolver, é esse aspecto assim... Claro que tem que aprender ter equilíbrio nesse se envolver, eu tô tentando aprender ,é difícil.**”* [Fragmento de entrevista – Sofia - 6ºano/ 12º período].

*“Ah, então eu desejaria ser uma médica totalmente o contrário de muitos médicos que eu já passei. Enfim, aquele médico que pra começar não tem educação em receber o paciente, eu considero o médico um amigo, sabendo que **é uma linha tênue, entre se envolver demais e não se envolver, mas é o risco que a gente corre, o meu ideal e***

um médico competente é este". [Fragmento de entrevista – Simone - 6ºano/ 12º período].

A literatura pesquisada e o levantamento realizado, sobre as concepções dos estudantes de medicina apresentados nos congressos brasileiros e regionais de educação médica, nos últimos cinco anos, não trazem nenhuma referência de forma explícita à questão do envolvimento com o paciente. Ela se insinua, apenas, nos achados da pesquisa realizada por Morinaga (2002), em frases que resumem atributos da relação médico-paciente. Os autores revelam que a frase menos votada no atributo que eles denominaram empatia foi: "se interessar pela vida pessoal do paciente". Não se interessar pela vida pessoal do paciente pode representar uma maneira de não envolver-se com ele, bastante legitimada na racionalidade médica. É fato que tal derivação necessita de maior aprofundamento, que não será nosso objetivo neste momento.

Nossos achados apontam para a idealização da construção do "ser médico" concebida a partir da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, capazes de tratar, salvar e curar, e da inegável presença do ideal de humanização, bastante enfatizado quando eles foram convidados a falar sobre o tipo de médico que desejam ser. Podemos dizer que as vozes dos entrevistados ecoam um desejo de resolver o problema, de salvar, tratar, mas um salvar sendo humano, um curar cuidando.

No dizer de Pereira (2005, p.1):

a medicina e as demais profissões de saúde têm um *status* epistemológico dual, na medida em que são duas as bases de conhecimento que informam sua prática. O conhecimento

técnico e o conhecimento humanístico (ou, posto de maneira mais abrangente, o que hoje se entende por Ciência e Humanismo) fazem ambos parte do rol de conhecimentos para a prática médica.

Martins (2003) explica que a ciência médica é científica, mas apenas no sentido inócuo de que se utiliza de resultados de pesquisa científica, seguindo métodos considerados atualmente válidos de redução formal. Nesses termos é preciso admitir que a medicina é científica, mas jamais será somente científica, pois que é também terapêutica.

Ao aplicar seus conhecimentos científicos aos fenômenos humanos – portanto, a situações singulares, recheadas de idiosincrasias, valores, interconexões e experiências não generalizáveis –, não pode se entender com uma ciência pura (Pereira, 2005; Schraiber, 1993, 1997). É constituída por um componente humanístico que constitui a arte da medicina, orientando-a na aplicação da ciência ao fenômeno humano (Parkin, 1987).

Ocorre que esta relação estreita entre conhecimentos científicos e humanísticos vem sofrendo, na história da medicina, uma supremacia da ciência, especialmente desde o século XVIII, isto é, desde a configuração da racionalidade médica ocidental, que, ao situar o saber e a prática médica no interior das ciências naturais, leva a medicina a optar pela naturalização de seu objeto, fazendo emergir a objetividade da doença, a exclusão de subjetividades e a construção das generalidades. E assim estabelece-se a cisão: diagnóstico – seara da ciência, de um lado, e intervenção terapêutica, território da “arte” (Camargo Jr et al. 2002).

Ayres (2002b) nos adverte de que a cisão arte x tecnociência é artificial, embora atenda ao projeto de uma racionalidade utilitarista que vem sendo acusada de promover uma assistência desumana, onipotente e irracional. A questão assegurada por ele como fundamental é o fato de a arte da tecnociência ter perdido o interesse pela vida. Argumenta que isso ocorre quando não se reconhece que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele, quando excluímos os sujeitos doentes do núcleo duro das decisões do como fazer e o que fazer quanto a sua saúde.

Com os benefícios da tecnociência, a medicina vem subordinando a assistência à aplicação de tecnologias instrumentais, deixando de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que se realizam na intersubjetividade de um momento assistencial e que extrapolam o tecnológico.

Mas a reconciliação das práticas assistências com a vida é vislumbrada por Ayres (2002b, p. 22). Em suas palavras ele esclarece:

Quando o cientista e /ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (cliente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, etc), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos, e a ação assistencial pode revestir-se efetivamente do caráter de cuidado.

Os fragmentos das “cenas” criadas pelos estudantes/residentes, quanto ao que eles entendem por uma boa e uma má relação médico-paciente, revelam o desejo de que esse pacto de intersubjetividade, citado por Ayres,

não se desfaça, por ser o centro dele o compromisso com o sofrimento humano.

A utilização das “cenas” permitiu que, no papel de pacientes, os estudantes/residentes se projetassem quanto ao modelo de relação que desejam ter com seus médicos e os atributos que eles próprios aspiram desenvolver na relação com seus pacientes; denunciando o que consideram contramodelos ou “modelos do que não fazer” na prática médica.

Independentemente do período situado, todos os depoentes apontaram ser a presença ou ausência de aspectos como paciência, atenção, empatia e afeto (descritos através da forma de olhar, toques, apelidos carinhosos), indicadores de uma boa ou má relação médico-paciente, respectivamente, ou seja, a importância das já referidas disposições humanistas.

Os fragmentos das “cenas” relativas a uma boa relação médico-paciente ilustram nossas assertivas.

“[...] mesmo sabendo que minhas dores eram insuportáveis, não conseguia concordar com a ideia de fazer a operação, não ali, não naquele momento. **O médico manteve-se calmo e compreensivo todo o tempo, nos mostrava a necessidade da cirurgia, os meus riscos se não a fizesse, explicou como era o procedimento e que aquilo seria essencial para a minha cura.** Chegou mais uma vez a chamar outros médicos para que eu ouvisse outras opiniões e assim me deixasse convencer. Mesmo nos períodos de maior nervosismo de meus pais e meu, o médico mostrava-se calmo e compreensivo. Percebi que podia confiar **nele**, resolvemos aceitar a cirurgia e fui operada. Na recuperação eu sentia algumas dores, mas bastava que o médico fosse me ver no apto do hospital para que eu melhorasse e me sentisse instantaneamente melhor. **Foi incrível como eu consegui me entregar e confiar completamente naquele médico, que estava sempre à disposição e que se mostrava atencioso e preocupado comigo.** Me recuperei bem e ainda hoje sinto um enorme carinho pelo médico e sei que posso indicá-lo a qualquer conhecido ou pessoa da

minha família. **Em nenhum momento senti-me desesperada, desde o momento em que ele teve dificuldade em diagnosticar a minha doença [dada a sua sinceridade e serenidade] até o momento da minha alta do hospital.**” [fragmento de “cena” – Taciana - 3ºano/5º período].

“De repente minha pele começou a ressecar. Tempos depois eu estava com um sinal enegrecido no colo. Fui ao médico, ele me recebeu na porta, como sempre **me chamou pelo nome, me apertou a mão e conduziu-me até a sala. Conversou comigo, perguntou por minha família, pela minha mãe e irmãos.** Depois perguntou minha queixa e eu lhe mostrei a lesão. **Seu rosto denunciou!** Não era nada bom o que eu tinha na pele. Colocou luz sobre a ferida e examinou melhor. Colheu a biópsia. Todo esse tempo **ficou conversando,** perguntando sobre a lesão, se doía, se coçava ou algo assim. Ao fim do exame, sentou-se a meu lado e explicou: “Você tem uma lesão muito preocupante. “Preciso que traga o resultado dessa biópsia o quanto antes”. Seu tom de voz era preocupado e ao mesmo tempo calmo. Dias depois voltei com o exame. Ele atendeu-me como de costume. Ao ver a biópsia, teve certeza: tratava-se de um melanoma, tumor agressivo de pele, com muita tendência a metástase. **Explicou-me tudo isso, não me deixou assustada. Falou do tratamento com a radioterapia, da possibilidade de cura, da necessidade e outros exames.** Sai do consultório arrasada. Sabia que tinha uma doença grave e de difícil cura. **Estava com muito medo da morte, me culpava o tempo todo pela quantidade de sol que tomei na vida. Mas sabia que eu tinha um grande aliado nessa luta: meu médico!**” [fragmento de “cena” – Cecília - 5ºano/10º período].

“Estou no hospital, meu corpo está dolorido, **sinto um mal estar, o médico segura a minha mão, me olha com ternura e diz que vai ficar tudo bem.** Antes da cirurgia havia conversado bastante comigo, **explicou-me com paciência o mecanismo da doença e como se processaria a operação e a recuperação. Não me esconde nada,** me deixou consciente do meu problema e ao mesmo tempo me encheu de esperança. Fiquei confiante e me entreguei nas mãos dele. Agora, após a cirurgia **ele está ao meu lado,** não me fala nada sobre a opção, mas ao olhar para seu semblante tranquilo me acalmo. Confio nele, sei que se alguma coisa sair errado ele vai fazer o que puder e não vai me esconder nada. Ele é muito competente.” [Fragmento de “cena” – Patrícia - 1ºano/1º período].

Observamos que os depoentes assinalaram como fundamentais para o desenvolvimento de uma boa relação, as disposições humanísticas dos médicos e a qualidade da comunicação estabelecida com eles. A confiança depositada no médico é, por sua vez, fator determinante, e surge como consequência dos outros atributos citados.

O destaque dado à qualidade da comunicação, que chamaremos aqui de competência comunicativa, realçou vários aspectos. No caso positivo, são eles: comunicação transparente (verdade e clareza nas informações), decisões compartilhadas, abertura para perguntas e respostas.

Foi possível registrar também o valor da comunicação não-verbal, acentuando a presença do primeiro axioma da comunicação: a impossibilidade de não comunicar (Watzlawick , 1967).

Para a pragmática da comunicação humana, tudo tem valor mensagem: atividade, silêncio, palavras. Expressões como: “seu rosto denunciou”, “seu semblante calmo” são algumas das ilustrações de tal impossibilidade.

Por outro lado, recorrendo à teoria dos atos de fala de Austin, temos que esse autor diferencia três tipos de atos de fala, preocupando-se com o papel deles na comunicação. Compreendem, respectivamente, aquilo que um proferimento diz, ou aspectos gramaticais (ato locucionário); o que faz, ou pretende fazer como advertir, orientar, acalmar (ilocucionário); e aquilo que provoca, ou o efeito no ouvinte (perlocucionário): persuasão, mudança.

Podemos inferir que nas interações comunicativas nas quais que ocorre, por parte do médico, sinceridade, explicações detalhadas, decisões compartilhadas e uma abordagem atenciosa (atos locucionários e ilocucionários), verificamos como efeito perlocucionário nos pacientes, o alcance de bem-estar, o reconhecimento de seu lugar de sujeito no processo saúde-doença, garantindo uma boa relação com seu médico e adesão ao tratamento de forma consensual. Segundo Habermas (1996), temos assim exemplificado um tipo de ação comunicativa.

No agir propriamente comunicativo, o ouvinte deve entender, sob livre cooperação e anuência, o significado daquilo que é dito e reconhecer a *validade* de tal proferimento. Os processos de comunicação e suas finalidades não podem ser expressões de um mundo interno daquele que produz a fala, mas de um mundo da vida intersubjetivamente partilhado entre falante e ouvinte. Ou seja, falante e ouvinte entendem-se entre si, a respeito de algo que existe no mundo, intencionando algum objetivo compartilhado.

A comunicação entre o doente e o médico esteve presente na pesquisa realizada por Boltanski (1979) em diferentes regiões da França. Esse autor discute diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar, e relaciona tais diferenças à relação doente-médico. A relação médico-paciente é considerada como produtora de ansiedade, principalmente pelas classes populares, porque não possuíam critérios objetivos de avaliação, enfatizando as dificuldades com o padrão comunicacional, especificamente o médico "não ser franco".

Quanto às situações negativas relacionadas às competências comunicativas e relatadas nas “cenas”, os estudantes/residentes assinalaram a falta de comunicação verbal (“*não conversa*”), a desqualificação da comunicação (“*piti*”, “*nervosismo*”), a rejeição da comunicação e o uso de comunicação agressiva.

Exemplo de fragmentos de “cenas” que retratam uma relação ruim médico-paciente:

“... alguns maqueiros me levaram para um outro setor do hospital, onde um outro médico aparece com alguns instrumentos metálicos. **Já ia me furando, quando me assustei e falei: ‘Que é isso?’, ‘Vai fazer o quê?’** ‘Homem, é só uma picadinha não vai doer nada’, ele respondeu. Eu disse: - mas pra que? Ele: ‘**é você sabe, né? Infartando e tal, a gente vai fazer aquela velha angioplastia de sempre, he he.** Agora fique quietinho que já acaba’. **Eu obedeci, mas totalmente desorientado e nervoso. Achava que infarto era uma coisa mais grave e que necessitava de uma atenção mais séria.** Após o procedimento fiquei um tempo internado. Após a alta agradei educadamente, apesar do desgosto que tive dos médicos. Um deles ainda respondeu: **‘É mestre, a gente só fez salvar sua vida, de nada’** Espero nunca mais precisar deles, brincaram com meu sofrimento.” [Fragmento de “cena” – Tibério - 3ºano /5º período].

“[...] descobri de maneira muito brusca que tinha perdido meu bebê... **o médico não me olhou**, entrei na sala, ele me mandou vestir a camisola e deitar na maca. Fez um toque vaginal doloroso e depois partiu para o ultra-som. Tentei perguntar como estava o bebê, mas ele nem respondeu. **No fim de longos 10 minutos de silêncio sepulcral e desesperador, ali mesmo comigo deitada na maca, que o feto estava morto e eu teria de tirá-lo pra evitar infecção. Quando comecei a chorar ele pediu silêncio, e disse que daqui a seis meses eu ia estar grávida novamente.**” Jamais voltarei nele.” [Fragmento de “cena” – Cecília - 5º ano/ 10º período].

Para Watzlawick (1967), são três as possibilidades comunicacionais: confirmação, rejeição e desqualificação. As duas primeiras, por não gerarem inseguranças, são consideradas formas mais saudáveis de comunicação.

As perguntas sem respostas, as respostas irônicas e/ou o choro silenciado, como é o caso dos fragmentos de “cenas” referidas, respectivamente, pelos alunos do terceiro e do quinto ano, evidenciam a situação de desamparo e não-acolhimento do ser do doente; representam ruídos dentro de uma lógica instrumental que, para tentar eliminá-lo, lança mão de um discurso desqualificador.

A desqualificação presente nos fragmentos implica comunicar de modo que invalide a comunicação própria ou a do outro. Abrange declarações contraditórias, incoerências, ironias, mudança brusca de assunto, maneirismos, tangencializações, interpretações errôneas. Enfim, causa ruído à comunicação e reflete a dificuldade ou desinteresse do emissor em se comprometer com algo que deve comunicar.

Muitas vezes, acontecimentos como o exemplificado no último fragmento são denominados de maneira desqualificatória de “pitis”. Fatos que demonstram o quanto a institucionalização da doença pelo médico provocou uma desconfiança ou não-reconhecimento do sofrimento do paciente. Eles só conseguem enxergar a expressão de uma doença dos órgãos (Koifman, 2001). Uma abstração típica da objetividade positivista, modelo por excelência da medicina científica (Deslandes, 2004, p. 12); incapaz de considerar o doente de forma integral em todo o seu ser.

Trata-se de uma normalidade morfo-funcional, própria do plano tecnocientífico que caracteriza a medicina desde a modernidade (Luz, 1988), promovendo muitas vezes uma impossibilidade comunicacional instituída e, por vezes, uma violência simbólica, pelo não-reconhecimento das reais

demandas do paciente, que é silenciado e visto apenas como um corpo doente.

O efeito perlocucionário nessas situações geralmente é uma relação ruim entre médico e paciente, conforme demonstrado nos fragmentos – uma não-adesão ao tratamento e à figura do médico, expressas nos discursos: “Espero nunca mais precisar deles, brincaram com meu sofrimento” e “Jamais voltarei nele”.

As falas dos estudantes/residentes são capazes de demonstrar a relação dialética existente entre desumanização, (in)comunicação e relação médico-paciente, presentes não somente no imaginário, mas no cotidiano da prática médica e do ensino médico.

É possível resumir e agrupar as respostas encontradas quanto à concepção de “ser médico”, exploradas nas entrevistas e oficinas, afirmando que o médico desejado ou idealizado pelos estudantes /residentes desta pesquisa apresentam os seguintes atributos: **conhecimento técnico e conhecimento humanístico**, que por sua vez implica desenvolver **disposições ou habilidades humanísticas, competências comunicativas, e uma boa relação médico-paciente**, conforme ilustramos na falas exploradas e esquematicamente no desenho abaixo.

Calman (1997) relata que o paciente quer um médico educado, alguém que não possua apenas conhecimentos, métodos clínicos e experiência, mas que também seja capaz de apreciar cada paciente como um ser humano que tem sentimentos e desejos; alguém que possa entendê-lo e ajudá-lo, explicando-lhe sua doença e amparando-o no sofrimento. Em outras palavras, aspiram estar junto de seus pacientes. Nossa pesquisa assegura que os aprendizes de Asclépios (ou Esculápio, para os romanos) aqui escutados também vivenciam esses anseios, ao mesmo tempo em que convivem com o arquétipo do salvador.

Asclépios, segundo o mito, era um mortal, filho do Deus Apolo. Divindade que preside as artes. Foi o inventor da música, poesia e da retórica; e também foi quem ensinou as artes médicas à humanidade. É o Deus da verdade, e recebeu de Zeus o poder de conhecer o futuro. Para os gregos, está sempre resplandecente de luz e raios de sol, e possui olhar

claro e penetrante. Esse olhar penetra o futuro, dispersa a doença e cicatriza feridas. Em sua medicina confluem o poder de adivinhar o mal oculto – diagnóstico – e, além disto, o saber sobre o futuro desenrolar da enfermidade – prognóstico (Sayd, 1993).

Asclépios foi educado pelo centauro Quíron, que era conhecido por ser um educador bondoso e capaz de desenvolver as potencialidades dos discípulos. Ensinou ao aprendiz tudo sobre a arte de remediar e aliviar dores e doenças. Quíron foi logo superado por seu aluno. Asclépios encontrava remédio para todas as doenças, liberava as pessoas de seus tormentos, salvando inclusive aqueles próximos da morte. Com sua arte chegou ao ponto de ressuscitar os mortos.

Venerado por centenas de anos após sua morte, os seus templos sendo procurados por doentes e mutilados. Asclépios lhes aparecia nos sonhos e lhes ensinava o que deviam fazer para curar-se de seus males. Foi um dos iniciadores da medicina científica, que foi desenvolvida por seus sucessores, os Asclepiádes, cujo representante mais famoso foi Hipócrates (Cassorla, 2003). Esse mito ainda sobrevive no imaginário em torno de “ser médico”.

4.2. Concepções sobre a morte: exorcizar ou abraçar!

Camus (1983) defendeu que uma forma cômoda de travar conhecimentos sobre uma cidade é procurar saber como se ama e como

morre. Como lidamos com o morrer, como se porta o homem diante da morte – tudo isso nos desvenda quem é esse homem, como é a sociedade que ele criou, em que valores ela se assenta.

Identificar as concepções de estudantes/residentes de medicina sobre a morte é contextualizar o universo de valores e atitudes no qual eles estão inseridos.

Por meio dos recursos da evocação de palavras realizados nas oficinas e das respostas dos depoentes nas entrevistas, tivemos a expressão “sofrimento” como representativa dos discursos, independentemente do período do curso. Os discursos apontam ainda a atitude comum de evitar o assunto, e o espanto em serem abordados sobre um tema pouco ou nada falado, ilustrado por assertivas, como: “não se fala nisso”.

Os alunos que cursam a partir do quarto ano (8º período) trouxeram na evocação expressões que, segundo suas explicações, estavam relacionadas à morte de pacientes, e os remetiam ao sentimento de fracasso. Nesse momento, foi freqüente o uso de palavras como: descanso, alívio, frustração e evitar a morte. As duas primeiras referindo-se ao paciente e as demais aos sentimentos e atitudes do médico. Esses estudantes, assim como os residentes, possuem maior contato com os pacientes; alguns já presenciaram e/ou vivenciaram o acompanhamento da morte de pacientes. Fato que justifica o uso dessas expressões, na medida em que os estudantes avançam em suas práticas com os pacientes, inevitavelmente – apesar de evitada, a morte se impõe enquanto presença no exercício médico.

O desenho analítico a seguir resume os achados em duas expressões representativas da concepção de morte: sofrimento e fracasso. A primeira indicando uma representação existencial e simbólica, e a segunda imprimindo a marca da concepção científica moderna sobre a morte – a morte técnica e naturalizada, ou morte medicalizada. Entre uma e/ou outra, a atitude de evitação e negação compreende o traço comum. A questão da transcendência é levemente tangenciada quando se referiam ao pós-morte e resumidas por expressões, como fim e passagem.

Vejamos os discursos dos depoentes na direção apontada:

“Não sei, eu vejo a morte assim, muito, é muito triste... **Eu evito pensar, lógico**, e tá muito relacionado com **dor**. Eu tenho muita fé, na minha cabeça não termina tudo aqui.” [Fragmento de entrevista – Taciana - 3º ano/5º período]

“Morte, é difícil né? Eu não penso, **ninguém pensa nisso**, você me pegou. Os **médicos lutam contra**, talvez aqui agente vá ter que pensar um pouco, não sei.” [Fragmento de entrevista – João - 2º ano, 3º período]

Morin (1997) revela que o horror à morte reside no fato de que ela nos lembra da nossa vulnerabilidade, nos aproxima da nossa porção animal (mortal), desrespeitando o *status* social, não admitindo suborno ou concessões, ou ainda, pelo fato de que todo o desenvolvimento científico e tecnológico, símbolo máximo de nossa “superioridade”, apesar de retardá-la, não foi suficiente para vencê-la.

No desenrolar do século XX, a morte foi escondida, expulsa pela cultura ocidental. Os estudos de Ariès (1977) sobre a história do homem diante da morte referem-se à história ocidental. De seu vasto trabalho destacamos aqui a relação entre as atitudes e práticas que são comuns, principalmente da Idade Média, momento intitulado por ele de Morte Domada, e as atitudes típicas da negação dos nossos dias – chamadas de Morte Invertida (em oposição à anterior).

Philippe Ariès nos conta que, na Idade Média, a morte era esperada no leito. O homem sentia que ia morrer, por meio de sinais e convicções internas e gerenciava sua própria morte. Após anunciá-la aos outros, dava-se início a um ritual, onde estavam presentes vizinhos, amigos e as crianças. Seguiam-se as seguintes fases: 1) uma evocação triste, sem dramatizações excessivas; 2) o perdão dos companheiros; 3) oração e sacramento; 4)

morte. Muitas vezes fazia parte do processo a realização pública do testamento. O funeral e o luto ocorriam com manifestações emotivas profundas, com gritos, abraços ao cadáver, dores convulsivas. Isso ocorria até mais ou menos o século XIX. Com o século XX, as atitudes do homem ocidental perante a morte e o morrer mudaram profundamente. A morte foi escondida, expulsa, para proteger a vida. Não se pode perceber sequer se ela ocorreu; é preciso dar certeza de que nada mudou. Ela passa a ter sobre si o mandato do silêncio.

Na Morte Domada temos o predomínio da aceitação da morte como uma fatalidade (denominada também de morte pacífica), o acompanhamento do processo de morte pelos entes queridos, repletos de rituais domésticos e públicos, acrescidos ao fato de o gerenciamento da morte ser realizado pelo enfermo.

Quanto à mentalidade típica da Morte Invertida, crescente no século XX, Kovács (2003, p. 65-66) nos diz:

o que é mais característico desta representação é a necessidade que a morte passe despercebida, que nada mais anuncie a sua presença. Procura-se fazer com que ela continue acontecendo de maneira sempre igual, como se nada tivesse se passado de especial

Há aqui uma interdição até do direito de chorar os mortos, que dirá do direito de gerenciar a própria morte.

Elias (2001, p.25) chama atenção para a característica que diferencia a Morte Domada, diferenciando-a da Morte Invertida – o fato da presença reconfortante da presença de outras pessoas junto ao moribundo. No

entanto, discorda de Ariès quanto à definição de morte pacífica numa época com predomínio de guerras e pestes. Ele defende que o processo civilizador contribuiu significativamente para a solidão dos moribundos na contemporaneidade. Afirma que as atitudes das pessoas em relação à morte e o morrer sofreram mudanças “no curso do nítido processo civilizatório que teve início há quatrocentos ou quinhentos anos”, no qual, dentre outros aspectos, foi responsável por um crescente tabu em relação à expressão de sentimentos espontâneos e fortes. Em suas palavras:

A natureza especial da morte e de sua experiência em sociedades avançadas não pode ser entendida de maneira apropriada sem referência ao poderoso impulso à individuação que se estabeleceu com o Renascimento e que, com muitas flutuações, continua até hoje. (Elias, 2001, p. 68).

Embora ainda existentes, modificaram-se os rituais fúnebres e retirou-se a ênfase do luto, ritual tão importante para todas as culturas. Culturalmente, margeia-se incansavelmente o morrer. No século XIX, a despedida, o contato final era importante. Diferentemente disso, o século XX teve o contato de despedida substituído por uma cortina negra de evitação (Castro, 2004, p. 40). O velório, o enterro, tudo deve ser rapidamente providenciado para que todos retornem às atividades o mais rápido possível. Esse aparato mercantil na sociedade capitalista contemporânea consegue apagar os sinais de que a morte esteve presente. Evita-se falar dos mortos, externar a dor. O sinal verde é tão-somente para o silêncio, para o sufocamento dos sinais de sofrimento. A elaboração coletiva e solidária das perdas vai sendo minimizada e com isso há um recuo da morte do horizonte coletivo.

Falcão e Lino (2004, p.108), discorrendo sobre Seale¹, afirmam que ele define a questão atual da morte como sendo o estágio final de um processo tecnicamente ordenado. Segundo esses autores:

Essa perspectiva tornou-se possível em virtude do progresso da ciência médica, que permitiu a melhoria nas condições de vida e o retardamento da morte, o que fez com que as sociedades ocidentais contemporâneas colocassem a medicina no lugar da religião como principal fonte de respostas para a questão da morte.

Para Seale (1998), a representação científica moderna da morte deu seu primeiro passo ao localizar suas causas dentro do corpo. O médico, a partir de então, passa a ser o principal lutador contra a morte, configurando-se uma visão de “morte natural”, como o resultado que ocorre ao término de uma vida longa, fruto de uma doença clinicamente descrita.

As falas que seguem demonstram a negação da morte e a configuração dessa representação científica da morte, sua naturalização. Fato que também justifica os sentimentos de fracasso vivenciados por alguns médicos quando não vencem a morte:

“Eu acho que você deve ter tranquilidade assim (pausa) Sinceramente falando, eu entendo como um fim, eu acho que depois da morte não tem mais nada. É triste ter que perder as pessoas que você gosta, mas é o processo natural, **melhor não pensar e encarar naturalmente, e o médico vai lutar contra isso.**” [Fragmento de entrevista - Rodrigo, residente 2]

“Quando penso em morte é **tristeza, dor**, mas em relação a um paciente é também em **fracasso**. Mas eu não penso muito, é que você perguntou.” [Fragmento de entrevista Fernanda, 4º ano /8º período]

¹ Seale c. *Constructing death- the sociology of dying and bereavement*. cambridge university press; 1998.

Elias (2001, p.36) constata:

Apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer. Essas, no entanto, são em sua maioria destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos.

Nesse cenário o que temos é o local da morte sendo cada vez mais transferido do lar para o hospital, sob a justificativa dos cuidados especializados e intensivos que o avanço da medicina proporcionou. O paciente que não tem mais como sobreviver encontra muitas vezes sua última morada em uma UTI. Nessas circunstâncias, nossos mortos morrem sozinhos em hospitais, cercados por aparelhos e tubos. Transformamos um dos momentos mais importantes de nossa existência em um ato impessoal, mecânico e mais solitário ainda. Portanto, por vezes, digno de repulsa e temor para pacientes e familiares, e sinônimo de fracasso para médicos, que nem sempre reconhecem que o ato de acompanhar o processo de morte de um paciente também lhes cabe e pode representar êxito e reconhecimento para além do salvar uma vida. Temos nesses casos uma morte limpa, higiênica, técnica, solitária e, às vezes, “desumana” para todos os envolvidos.

É fato que toda racionalidade (mesmo a racionalidade científica) conserva suas bases em valores, interesses e investimentos de desejo, que permeiam o conjunto de representações, concepções e teorizações que a definem como racionalidade (Luz, 1988). Sendo assim, num mundo onde se cultuam corpos sãos, ativos, produtivos, reprodutivos; dentro de um sistema cujo objetivo é a eficiência, a rentabilidade e o consumo, tolerar a existência

da morte e tudo que a lembre, por exemplo, os pacientes “terminais”, é no mínimo difícil – torna-se imprescindível exorcizá-la também em nome da manutenção do nosso modo de vida consumista, voltado para noções instituídas de juventude e progresso (Silva, 2004).

Por tudo isso, os pacientes terminais incomodam muito a uma sociedade com as características da nossa. Uma sociedade que após tanta negação não suporta sequer os sinais da morte física. É o que nos lembra José Carlos Rodrigues (1976, p.138):

[...] a sociedade vê no homem a sua imagem projetada, gravada, portanto as forças que o constituem devem ter a mesma perenidade. A destruição do corpo turva a sua imagem, sobretudo enquanto ele se consome. Obriga a sociedade a refletir sobre si e os homens a pensar em seus destinos. Evidencia-lhes suas vulnerabilidades. Para uma sociedade que se crê imortal, o espetáculo de degradação do objeto em que se vê não pode ser suportado. Não pode suportar que os membros que a representam que os corpos em que existe, estejam destinados a perecer.

Ao negar a experiência da morte e do morrer, a sociedade coisifica o homem. Essa negação exacerbada faz com que muitas vezes nos tornemos indiferentes a torturas, extermínios, a morte em vida de parte da população. Podemos perder nossa capacidade de indignação, e ficarmos anestesiados para a dor do outro, ou seria “acostumados”?

Além disso, o fato de não entrarmos em contato com os nossos sentimentos quando os negamos pode acarretar problemas físicos e psíquicos, pois a morte de uma pessoa querida, por exemplo, assim como qualquer outra perda, precisa de um tempo para ser chorada, vivida, enfim para elaborarmos o luto. A “má” elaboração do luto, quando não se permite a

expressão de tristeza e dor, tem trazido sérias consequências, como maior possibilidade de adoecimentos (Parkes, 1998; Bromberg, 1995, 1996).

E, assim, o exorcismo da morte em nossa cultura tornou-se elemento estruturador da civilização contemporânea, que vai atender aos desejos da racionalidade científica de dominar tudo à sua volta, de não lidar com a instabilidade e impermanência das coisas; de um surto civilizatório marcado pelo individualismo nas relações e interdição da expressão de nossas emoções, do riso à morte; e das ilusões da medicina ocidental de vencer a morte.

A grande dádiva de evitar a reflexão sobre a finitude, a dádiva da sua negação, é permitir que ela instaure o interdito definitivo sobre a morte. Evita-se falar nela, defende-se que é possível lidar com ela com naturalidade, sem nos expormos à reflexão sobre os sentimentos por ela despertados e seguimos todos, médicos e não-médicos, entre o sofrimento e a tentativa de naturalização, evitando falar na morte, evitando pensar na vida.

O poeta² nos lembra:

O velho sem conselhos, de joelhos, de partida, carrega com certeza todo o peso de sua vida. Então eu lhe pergunto sobre o amor... A vida inteira, diz que se guardou do carnaval, da brincadeira que ele não brincou... E agora, velho, o que é que eu digo ao povo? O que é que tem de novo para deixar? Nada. Só a caminhada, longa, pra nenhum lugar... O velho, de partida, deixa a vida sem saudades, sem dívida, sem saldo, sem rival, ou amizade. Então eu lhe pergunto pelo amor... Ele me diz que sempre se escondeu, não se comprometeu, nem nunca se entregou... E agora, velho, que é que eu digo ao povo? O que é que tem de novo pra deixar?

² Buarque apud Alves, 1991.

Nada. Eu vejo a triste estrada aonde um dia eu vou parar. O velho vai-se agora, vai-se embora sem bagagem. Não sabe pra que veio, foi passeio, foi passagem. Então eu lhe pergunto pelo amor... Ele é franco. Mostra um verso manco dum caderno em branco que já se fechou. E agora, velho, o que é que eu digo ao povo? O que é que tem de novo pra deixar? Não. Foi tudo escrito em vão... E eu lhe peço perdão mas não vou lastimar...

4.3. Concepções sobre o papel do médico no enfrentamento do processo de morte de um paciente – a busca da humanização

Como deve se portar o médico diante do processo de morte de um paciente foi uma questão investigada por meio das entrevistas e “cenas” realizadas nas oficinas. Identificamos cinco atitudes ou papéis desejados associados ao comportamento do médico perante o paciente à morte. São eles:

- A) evitar a chegada da morte;
- B) promover qualidade de vida/morte;
- C) dar suporte emocional e estabelecer uma comunicação transparente com a família (ou qualificada);
- D) ficar até o fim com o paciente;
- E) seguir a rotina sem se abalar com o óbito.

Discorreremos sobre cada um dos papéis, apontando semelhanças e possíveis diferenças entre os achados por períodos dos estudantes/residentes no curso. É importante destacar que as respostas, em sua maioria, apontam mais de dois papéis desejados, e que não foram encontradas diferenças significativas entre sexos.

A) *Evitar a chegada da morte*. Papel citado por quase todos os estudantes de todos os períodos. Apenas os alunos do internato (5º e 6º anos) não se referiram a esse aspecto, abordando diretamente outros papéis diante da possibilidade iminente da morte do paciente. Talvez isso se deva ao fato de eles acompanharem com mais frequência a morte de pacientes.

Vamos às falas que exemplificam os resultados quanto a evitar a morte:

“Eu acho que é evitar a morte, porque a gente tá tentando o tempo todo salvar né, você não tá se preparando pra tratar um paciente que vai morrer, a gente tá sempre esperando, **você tá ali pra salvar mesmo.**” [Fragmento de entrevista – Taciana - 3º ano/5º período].

“A natureza da vida assim, é a fuga da morte, praticamente o corpo humano é projetado pra fugir da morte. A dor é o que? É uma sinalização pra você consertar alguma parte dele, pra você não sucumbir à morte. **O médico entra como uma pessoa que vai evitar a chegada da morte**” [Fragmento de entrevista – Paulo - 1º ano /2º período].

“se possível **curar é o que todo mundo deseja**” [Fragmento de entrevista – Ricardo/ **Residente 1**].

“O seu olhar foi profundo. Parece que por um segundo eu pude ver sua alma. Não gostei. Foi desolador. Pelo instante de um suspiro, sem uma palavra, senti toda a sua frustração e derrota, me fazendo sentir incapaz. **“Não cumpri meu dever”**. A partir daí ele já sabia o que eu tinha a lhe dizer...” [fragmento de “cena”/ Fernanda - 4º ano, 8º período].

Castro (2004, p.39), abordando a figura do médico assinala:

Ser médico, mais que uma aspiração profissional, é carregar consigo séculos de diferentes simbologias. É humanamente característica a negação da inevitabilidade da morte. Desde os primórdios, não há nada que traga mais aflição e sentimento de perda, independentemente da experiência do indivíduo, do que a morte. Nesse contexto, houve historicamente a necessidade da eleição de um representante social da rejeição da vulnerabilidade humana. Século após século, procurou-se por um depositário da limitação humana frente ao momento final da existência. Assim, o responsável pela cura, pela ligação com os deuses,

pela fantasia do desconhecido assumiu passivamente tal compromisso.

Apesar de a maioria se considerar responsável pela cura do paciente, de assumir o papel de evitar a chegada da morte, os estudantes/residentes também reconhecem, como parte do seu ofício, oferecer cuidados físicos e emocionais ao paciente diante da morte. A procura por uma abordagem integral do paciente fica explicitada através dos outros papéis citados.

Falcão e Lino (2004), em pesquisa realizada com estudantes do primeiro e quinto ano, sobre como o tema da morte é abordado na formação médica de uma faculdade, encontraram dados semelhante no que diz respeito ao fato de os alunos estarem sensibilizados para a necessidade de uma abordagem integral ao processo de morte de um paciente. No entanto, os aspectos citados em nosso estudo, quanto a permanecer até o fim com o paciente e dirigir-se naturalmente a outro paciente após o óbito, não foram citados por eles, bem como em nossos achados não encontramos respostas relativas aos seguintes papéis destacados na pesquisa dos citados autores: avaliar e acompanhar “tecnicamente” o paciente até após sua morte, e realizar procedimentos legais relacionados à morte, citados respectivamente por alunos do primeiro e quinto ano.

B) *Promover qualidade de morte.* Os entrevistados citaram vários aspectos resumidos por meio da expressão *qualidade de vida*, ao se referirem ao acompanhamento do processo de morte de um paciente.

De acordo com as respostas dadas, a qualidade de morte vai compreender todas as ações realizadas no sentido de promover conforto

físico e emocional ao paciente. O conforto físico corresponde a aliviar o sofrimento físico, a dor do paciente, e demanda meios técnicos para seu alcance. Já o conforto emocional diz respeito às ações capazes de propiciar o bem-estar do paciente, por um lado através da presença de pessoas queridas e realização de pequenos desejos; por outro, por meio da interação com seu médico, sendo enfatizados a qualidade da atenção dada ao paciente e o tipo de comunicação estabelecida. Eles reclamam uma comunicação com o uso de informações claras e verdadeiras sobre o estado do paciente, aliada à disponibilidade para perguntas e respostas entre médicos e pacientes - que vamos chamar aqui de *comunicação qualificada ou competência comunicacional*. Portanto, promover qualidade de vida /morte é promover conforto físico, conforto emocional para o paciente, demandando recursos técnico e não-técnicos para seu alcance.

Para facilitar a análise, vamos dividi-la em momentos distintos: conforto físico, conforto emocional e competência comunicacional.

Conforto físico – aliviar a dor do paciente. Os exemplos a seguir demonstram essa preocupação.

“Deve lidar **dando uma qualidade de vida** enquanto o paciente ainda tem, é melhor morrer bem do que morrer... É tipo aquela coisa, é melhor o paciente morrer bem **sem muita dor**, do que você tentar, com se diz, você tentar **não prolongar a qualquer custo** fazendo só aquele paciente sofrer mais.” [Fragmento de entrevista – Paulo - 1º ano /2º período].

“**Se não for possível evitar a morte, né, se só for possível proporcionar uma vida de qualidade**, eu acredito que a melhor forma de lidar com a morte, é essa, **proporcionar uma morte tranqüila, indolor**, no momento que o médico chega a conclusão que não é capaz de salvar aquele

paciente de uma forma digna ele deve proporcionar ao menos um fim mais tranqüilo pra ele.” [Fragmento de entrevista – Tibério - 3ºano /5º período].

“É complicado também. Em primeiro lugar, por exemplo, eu e meu paciente terminal, meu objetivo primeiro é dar o melhor de qualidade de vida que eu possa dar, **menos desconforto**, porque conforto nem sempre a gente pode dar devido à patologia, é fazer da situação a mais natural que a gente possa, que as vezes não é possível, **mas é tentar confortá-lo, ao restinho de vida que ele tem dá alguma qualidade...**” [Fragmento de entrevista – Simone - 6º ano/12ºperíodo].

Conforto emocional – atenção do médico, presença de pessoas queridas, realização de pequenos desejos, atenção do médico e estabelecimento de uma comunicação qualificada.

“... E às vezes isso requer uma UTI, aí paciência, mas às vezes a gente pode dar a oportunidade dele ficar com alguém que ele goste. Dá oportunidade dele **rever durante aquele período que ele ainda tem ficar com alguém que gosta dele, ter oportunidade de se desculpar ou fazer uma coisa que ele sempre teve vontade...**” [Fragmento de entrevista – Simone - 6º ano/12ºperíodo].

“Estou no hospital. Minha paciente tem câncer há muito tempo. Já fez vários tratamentos, mas infelizmente está em fase terminal. Ela é casada, mãe de dois filhos e tem um neto. Todos eles estão no hospital. Estou triste pela paciente, pela família. Não me sinto tanto dentro do problema, mas me comovo com o seu sofrimento e o de sua família. **Na frente deles mantenho a calma e procuro ser o mais atenciosa possível. Quero confortá-los, mas não sei como fazer isso.**” [Fragmento de “cena”- Patrícia - 1ºano/1º período].

“trazer conforto, tirar a dor, dar atenção na medida do possível que é o médico não tem tanto tempo assim pra ficar dando, mas para que ele perceba que você sabe do caso dele, que tá fazendo o melhor, que tem médico que passa tão rápido que o paciente fica ali pensando que ele não tá sabendo direito o que ele tá sentindo, como será que ele tá me medicando direito, será que ele sabe? As vezes o paciente até piora de tanta preocupação.**Tirar as dúvidas dele, numa linguagem clara, deixar o paciente consciente que você tá de frente com isso, conscientizar a família também, acho que isso melhora muito esse processo assim, né.**” [Fragmento de entrevista – Clara - 5º ano / 10º período].

A fala da aluna do primeiro ano tem ressonância entre os primeiros anos do curso (até o 3º ano). Eles demonstram grande preocupação com o conforto físico (em todos os depoimentos selecionados para o item anterior), mas junto ao desejo de confortar emocionalmente, embora não reconheçam os instrumentos para isso. Em suas falas afirmam que esperam que a formação acadêmica os prepare, e exemplo disso é a seguinte fala:

“eu acho que o curso vai me preparar para isso, para saber lidar com o paciente que está morrendo, mas saber lidar de uma forma humana. O currículo novo, acho que pensa nisso. Já se fala muito em humanização” [Fragmento e entrevista – Diogo - 2º ano/3º período].

A partir do quarto ano, vamos perceber um maior detalhamento sobre o que configura para eles qualidade de vida e morte, ilustrado, por exemplo, no discurso da aluna do sexto ano, que aponta outros elementos além do conforto físico. Ressalta a importância da presença de pessoas queridas e a realização de pequenos desejos. Essa fala nos remete à possibilidade de os estudantes se abrirem para a escuta da dimensão existencial do paciente – seus últimos desejos.

Já a aluna do quinto ano registra a atenção do médico, o uso de uma linguagem clara e a disponibilidade para responder a perguntas como vitais para a tranquilidade do paciente, mesmo reconhecendo um dado da realidade, na frase: “o médico não tem tanto tempo assim pra ficar dando”. Ela reafirma que a ausência desses fatores pode ser iatrogênica e gerar inseguranças e sofrimentos, ilustrada quando diz: “às vezes o paciente até piora de tanta preocupação”, apresenta uma preocupação com a ausência do diálogo, como parte integrante do tratamento.

Nesse sentido, Gadamer (1993, p.123) nos ensina que “a linguagem só é em geral o que ela é quando é diálogo, quando se trocam reciprocamente perguntas e respostas.

Essas condutas só são possíveis se a transparência em relação à gravidade do paciente for de fato explicitada, demonstrando a interligação dos aspectos que compõem a promoção da qualidade de vida/morte e sua dependência da promoção de relações dialógicas entre médicos e pacientes, dependente da natureza da escuta que vai ser estabelecida na relação médico-paciente.

Analisaremos como se constroem ou não os elementos dessas condutas no capítulo 7. Os alunos a partir do quarto ano e os residentes assinalam que não estão sendo preparados, ou não foram preparados nesse sentido no ensino médico. O depoimento a seguir revela essa percepção:

“Fala-se muito em humanização, mas na prática a gente vê pouco. São poucos os professores que dão bons modelos, é mais pregação. Cada um faz o que acha certo.” [Fragmento de entrevista –Fernanda 4º ano /8º período].

No entanto, é possível observar a presença de uma concepção do papel do médico no enfrentamento do processo de morte de um paciente com características de um encontro humanizado.

São situações que indicam uma preocupação com a qualidade da comunicação na relação médico-paciente, com a humanização desse processo. Situações que sinalizam o favorecimento da retomada, pelo paciente, de sua condição de sujeito de seu processo de vida e de morte. Atitudes opostas à mentalidade da morte invertida, ainda forte na

contemporaneidade e tão responsável pela expropriação do processo de morrer. Atitudes essas que, no dizer de Kovács (2003), caminham em direção a uma morte “rehumanizada”³.

A autora nos adverte que:

O hospital contemporâneo se presta muito bem ao ocultamento da doença e da morte: controlam-se os horários de visita, encobre-se aquilo que não pode ser visto. Para muitos familiares o hospital é um local onde sentem que está sendo feito o melhor para o paciente, mas pode ser também uma proteção para não verem a decadência a doença e a morte: uma forma socialmente aceita de asilamento. A cena pública, do moribundo de outros tempos é substituída pelo quarto isolado, ou pela enfermaria, onde a morte escapa de seus familiares, que muitas vezes, ocorre na calada da madrugada. É a morte burocratizada, conveniente a todos, pois não se dá a perceber. (Kovács, 2003, p. 68).

Hennezel (2001), por sua vez, também denuncia que o hospital tornou-se um lugar onde certas crueldades acontecem, especialmente diante da proximidade da morte: uma delas é o anonimato, através da construção de uma muralha de silêncio, onde não se explica nada.

O conceito de qualidade de vida diante da morte ou qualidade de morte, ou ainda “boa morte”, surge como uma resposta às conseqüências da medicalização de um processo de morrer, marcado por solidão e desconhecimento.

Atitudes e maneiras de encarar a morte começaram a ser revolucionadas a partir dos estudos de Elisabeth Kubler-Ross (1969, 1996), que pioneiramente deu voz aos pacientes sobre o enfrentamento do morrer,

³ A “rehumanização” do processo de morrer é definida por Kovács (2003, p. 102) como “uma possibilidade de reaproximação da morte pelas pessoas, que voltam a se tornar o centro da ação no momento mais significativo da vida – o da própria morte”.

possibilitando que, através deles, jovens médicos e o mundo pudessem entender que sempre há o que fazer quando a racionalidade médica instrumental afirma “não há nada mais a fazer”.

O trabalho de Cicely Saunders (1991) também trouxe novos horizontes para a mesma questão, desenvolvendo o movimento dos cuidados paliativos, extremamente conectado à rehumanização do processo de morrer. Movimento que enfatiza a importância de cuidar dos sintomas físicos, mas sem se esquecer do isolamento social, do sofrimento psíquico e espiritual que a doença provoca; cunhando assim o conceito de dor total.

Vejamos outro aspecto relativo à qualidade de vida/morte citado pelos depoentes e igualmente vital para a realização de cuidados paliativos, para o processo de rehumanização do morrer – a comunicação qualificada ou competência comunicacional.

Comunicação qualificada ou competência comunicacional – comunicação clara, verdadeira e fluida.

“O paciente em estado terminal diz ao médico que percebe que vai morrer dentro de poucos minutos e pede ao médico que avise à família. O médico pede que o paciente tenha um pouco de esperança, mas diz ao mesmo que **seu estado é realmente bastante grave e, por isso, já havia chamado sua família. O paciente chorando, agradece a atenção e sinceridade do médico**, no momento em que a família do paciente vai ao seu leito.” [Fragmento de “cena” – Diogo - 2º ano/3º período].

“Eu acho que a maior **difículdade diante do paciente que tá morrendo seria fazer ele perceber isso**. Eu acho que todo mundo deve saber que vai morrer, não dá pra você dizer: - ah, não se preocupe não que vai dá certo! Ou dizer que todo mundo morre, mas agente não sabe quando. Eu acho que ele tem que saber o que tá acontecendo. Mas eu acho que mais difícil seria passar isso pra ele, **eu não queria dar a notícia**

que ele vai morrer, que não tem jeito, eu acho que... não sei, não nesse estágio da minha vida, talvez em outro estágio seja diferente [pequena pausa] **eu penso que dar uma notícia dessa**, deve ser a parte mais difícil, depois que ele já tá consciente, conformado, eu acho que deve ser mais fácil de você acompanhar, mas fazer esse confronto é a parte mais complicada que eu não sei como eu faria não. **Eu quero aprender, acho que o paciente tem o direito, mas a gente tem que saber como e quando dizer. Talvez se tiver algum modelo para me espelhar, algum professor, talvez.**" [Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º ano/8º período].

"eu me limito a responder tal qual o paciente me pergunta. Então eu tô passando pela Oncologia e Hematologia, então eu tô com muitos pacientes graves, alguns que a gente sabe que vai morrer daquela doença mais cedo ou mais tarde, e (pequena pausa) se perguntar: - eu tenho uma doença que vai me levar a morte? eu digo que sim, que vai. Eu digo o que ele pergunta. Mas eles perguntam mais se vão ficar bom. Ai eu digo não sei. **Não sei se você vai ficar bom**" [Fragmento de entrevista – Rodrigo /residente 2].

Mais adiante na entrevista, referindo-se a uma outra paciente, o depoente diz:

"tô com uma paciente que a gente sabe que não tem mais jeito, eu vou ter o contato com a família pra contar isso, e a paciente não, **acho que a paciente nem sabe a doença que tem, e nem eu vou contar pra ela.**" [Fragmento de entrevista – Rodrigo /residente 2].

Os exemplos ilustram os desejos dos estudantes e residentes de alcançarem uma comunicação transparente, verdadeira; aliados à dificuldade em dar a notícia ruim: a impossibilidade da cura, a proximidade da morte. Reagem enfrentando ou se esquivando, e alguns reclamam e consideram fundamental a existência de modelos, de uma relação de ensino-aprendizagem dessas questões para o exercício da medicina. Cabe registrar que somente a partir do quarto ano os estudantes revelam dificuldades no comunicar a gravidade da doença, mais especificamente em

como se faz. Antes, eles tratam com uma aparente facilidade, talvez pelo fato de estarem distantes desse tipo de experiência, aliado à crença de que aprenderão como fazer durante o ensino médico. O conflito entre contar e não contar é apresentado apenas pelo residente 2.

Kovács (2003, p.119) conclui que:

Transmitir más notícias é uma arte, um compartilhamento da dor e do sofrimento; requer tempo, sintonia, privacidade. É difícil imaginar esta realidade dentro de um contexto de um hospital com suas rotinas e atividades.

O residente 1 argumenta acerca de sua atitude em conversar com o paciente, revelando a constante presença da comunicação exercida por meio de nossos comportamentos de esquiva, ou por meio de gestos e expressões, apontando assim para a impossibilidade de não comunicar. No dizer de Watzlawick (1967, p. 44), “negar consolo é possível, mas negar comunicação não é possível”. O referido residente também chama nossa atenção para o uso do discurso desqualificador utilizado por outros profissionais.

Eis a sua fala:

“Eu sempre procuro conversar. Estou lidando muito com isso agora, e é bem difícil, mas **o paciente percebe de alguma forma**. Ou pelo jeito da família, ou seu próprio estado, e até se o médico começar a fugir de uma pergunta. **Eu prefiro falar para ele não perder a confiança em mim**. Não digo assim que ele vai morrer diretamente, porque ninguém sabe, mas também **não digo: - olhe, todo mundo morre! - como já vi fazerem**. **Eu digo que ele não tem mais chance de cura**. **Aí ele tem chance** de junto com a família comigo **de decidir se fica no hospital**, entende? Eu estou aprendendo fazendo e às vezes encontro **o modelo de algum médico, isso ajuda, é importante para você não se sentir muito só, ter um parâmetro de que ta indo certo**. **Durante o curso todo agente não aprende nada disso, até fala em**

humanização, em relação médico-paciente, principalmente no currículo novo, mas e na hora da morte como é?” [Fragmento de entrevista – Ricardo /residente 1].

Pereira (2005, p.176), discorrendo sobre o discurso desqualificador, comenta:

O discurso médico desqualificador é bastante prevalente. “Todos vamos morrer” pode ser uma desqualificação na medida em que o paciente não está frente a uma dúvida existencial metafísica sobre a fugacidade da experiência humana no cosmos. Aliás, todos morremos não se qualifica como um consolo para o fato de alguém estar às voltas com a própria morte.

O aluno do segundo ano e o residente 1 se recusam a usar um discurso desqualificador, buscando como efeito perlocucionário de suas falas a manutenção de uma relação de confiança entre médico e paciente, e a preservação do princípio ético da autonomia, a partir do qual o paciente pode deliberar sobre seus últimos momentos de vida, aspecto imprescindível para a reumanização do processo de morrer.

C) Dar apoio e estabelecer uma comunicação qualificada com a família.

Atitudes desejadas e expressas por alunos de todos os períodos. Vamos às falas que exemplificam este papel:

“O médico devia explicar sempre tudo para a família de uma forma compreensiva e sincera, e esperar que ela se acalme depois de saber de tudo.” [Fragmento de entrevista- Taciana - **3º ano/5º período**].

“O apoio à família é importante, o médico vai precisar saber ajudar a família.” [Fragmento de entrevista – Deborah - **2º ano / 4ºperíodo**].

“Pois é, eu encaro com naturalidade, eu fico mais temeroso, com preocupação de como a família vai aceitar né? Com a família mesmo sem perguntar eu procuro dizer. Com

relação a isso aí, achar que ele vai falecer daquilo.” [Fragmento de entrevista – Rodrigo/**residente 2**].

“Eu converso muito com as famílias, até eles entenderem. Tento ter muita paciência e preciso contar com eles para ajudar o paciente, né? É fundamental.” [Fragmento de entrevista – Ricardo/**residente 1**].

Nossos dados diferem dos achados apontados por Falcão e Lino (2004), no que tange ao foco principal da atenção dos médicos. Os referidos autores explicam que, em sua pesquisa, os alunos do primeiro ano dão importância especial à assistência ao paciente que está à morte, e entre os alunos do quinto ano a ênfase se desloca para as famílias. Já em nossa pesquisa o foco da atenção permanece no paciente, estendendo-se à sua família. O que distingue em relação aos períodos é a presença, a partir do quarto ano, da dificuldade em estabelecer uma comunicação clara e verdadeira sobre o estado do paciente com ele próprio, sendo mais fácil, ou menos difícil com as famílias.

D) Ficar até o fim com o paciente:

“Não, eu acho que o médico tem **a obrigação de lutar até o fim**, dar todos os cuidados, caso você gaste tudo e veja que mesmo assim vai ter a morte, **você tem que ficar junto do paciente até o fim, até a hora dele ir**, dar algum conforto aos familiares, tentar demonstrar pra os familiares assim uma melhor forma deles enfrentarem isso, acho que o médico tem que ficar lá até o fim” [Fragmento de entrevista – Deborah - **2º ano/ 4º período**]

“Tem relatos de médicos que estão acompanhando o estado final mesmo, **quando o paciente tá nos últimos dias, ele não faz mais aquela visita diária, e a gente não pode condenar o médico por isso, né?** Vai depender da capacidade emocional de cada um, muitos médicos não tem condições, infelizmente né? Mas **o ideal seria que o médico tivesse condições de se tá acompanhando aquele paciente, acompanhá-lo até o final**, pra que o paciente possa ter seus últimos dias com tranquilidade, conforto, ser

bem acompanhado, estar junto,sabe? Eu quero conseguir!”
[Fragmento de entrevista – Carmen - 5º ano/9º período].

Independentemente do período do curso este papel foi citado, incluindo um residente. Ficar até o fim significa para eles que, ao se esgotarem os instrumentos utilizados pela medicina tecnológica para curar, é possível ainda lançar mão dos aspectos humanísticos da mesma medicina, recorrer aos cuidados paliativos, confortando a família e o paciente. Para tal é preciso que o papel atribuído ao médico seja também o de assistir aquele que sofre e não apenas curar a qualquer custo.

Esse papel demanda cuidados com pessoas e não apenas com corpos ou órgãos doentes. Demanda o exercício de uma medicina humana que seja capaz de relacionar tais cuidados não só em situações de morte, e entender a morte não como um fracasso das instituições e dos médicos, como comumente é considerado pela medicina biomédica. Implica construir meios para ampliar os horizontes dessa racionalidade instrumental.

O relato da aluna do quinto ano ressalta que o distanciamento às vezes começa ao se perceber a proximidade da morte. Ficar até o fim pode significar acompanhar até o fim, não necessariamente estar na hora da morte, mas o distanciamento ao qual ela se refere sinaliza uma ausência desse acompanhamento humano, dependente da “capacidade emocional de cada um”. Fato abordado por vários autores (Cassorla,1991; Kafkle, 1991; Kovács, 1991, 1996; Boemer, 1991, 1996), que afirmam que, diante de um paciente “terminal”, ocorre um aumento de cuidados técnicos e diminuição de contatos humanos, inclusive visitas médicas. A aluna insinua que se trata

de uma questão de formação pessoal, parecendo não reconhecer como uma competência a ser desenvolvida durante a formação médica.

F) Seguir a rotina sem abalar-se com o óbito. Esta é uma atitude desejada que só observamos na construção das “cenas”. Seguem alguns fragmentos de “cenas”:

“Aguardo o fim do sofrimento de minha paciente com reflexão, mas **nada que venha me abater ou me deixar desmotivada para o resto do meu dia de trabalho...**” [Fragmento de “cena” – Patrícia - 1º ano/1º período].

“Enfim ela faleceu, a família que estava presente demonstra sofrimento, declaro minhas condolências, **e sigo para o encontro do meu próximo paciente. E então retorno ao trabalho, pois tudo isso já faz parte dele...**” [Fragmento de “cena” – Tibério - 3º ano/5º período].

“**E eu? Como fico a partir daí? Paro um pouco e sento no banco para pensar, vou fazer um lanche, ou simplesmente vou ao próximo paciente?** Acho que a cada dia vou ter que aprender um pouquinho mais, até saber bem o que fazer. Bem, e a vida continua...” [Fragmento de “cena” – Fernanda - 4º ano/8º período].

“**Sairia dali** pensando se dei as informações de maneira clara sem ser rude, **com a cabeça pesada...**” [Fragmento de “cena” – Clara - 5º ano/10º período].

“Também fico um pouco triste, porque ninguém gosta de ver outro sofrendo, mas já fiz o que pude. **Estou perto de sair, então me despeço do paciente, da família, e saio do quarto...**” [Fragmento de “cena” – Ricardo /residente 1].

Os pesquisados relatam uma preocupação em retornar com naturalidade ao dia de trabalho, ao convívio com os pacientes vivos, a retomada da sua missão de curar. Desde o primeiro ano já demonstram essa aspiração; a partir do quarto ano revelam dúvidas sobre como seguir em frente e, no caso dos residentes, eles expõem levemente ou não expõem; é como se já tivessem “naturalizado” o fato de “ter que se

acostumar com a morte”. Os dados insinuam que essa concepção já está presente entre os estudantes antes mesmo de ingressarem na escola médica, fazendo parte do imaginário em torno do “ser médico”.

É interessante observar que nossos estudantes e residentes querem aliar a promoção de qualidade de vida/morte aos pacientes e retornar à rotina de seu trabalho sem marcas da presença da morte – demanda esta dependente da legitimação ou não desses aspectos durante a formação médica.

Re-humanizar o processo de morrer implica a presença de um médico humanizado e capaz de dominar as próprias emoções em torno da morte – afinal, “faz parte do trabalho dele”. “Com a cabeça pesada” ou “saindo naturalmente”, ele seguirá compartilhando ou exorcizando suas dores.

Elias (1990) nos lembra que, diante do fenômeno da morte medicalizada, as rotinas hospitalares fornecem o único meio para se encontrar alguma estruturação social para a morte e o morrer. Rotinas essas que favorecem a expropriação dos sentimentos dos indivíduos, já que não existe um espaço coletivo para lidar com emoções no ambiente hospitalar. É oportuno ressaltar que o hospital é o espaço prioritário de atuação e ensino-aprendizagem do exercício da medicina, que no compartilhar de suas dores ou no exorcismo delas constrói sua forma de lidar perante um paciente à morte.

4.4. Compartilhando horizontes

Depois de apresentar as concepções que emergem dos discursos dos estudantes/residentes de medicina em torno do “ser médico”, da morte e do papel do médico no enfrentamento do processo de morte de seus pacientes, descrevendo como as aspirações são compartilhadas por períodos, vamos responder a outras indagações também baseadas na interpretação do discurso, cuja referência é o plano analítico proposto por Habermas (1996): as concepções encontradas sofreram modificações ao longo da formação médica? São concepções compartilhadas pela instituição formadora?

Segundo Habermas (1996), a correção normativa está vinculada à idéia de interação como o encontro orientado para um mesmo objetivo. Nesse caso, ambas as partes superam suas perspectivas e vinculam seus interesses, uma vez que são guiados por valores comuns e reconhecem obrigações recíprocas.

No entanto, o mesmo não se verifica integralmente em relação à instituição formadora. As respostas à pergunta sobre possíveis modificações sofridas em suas concepções durante o curso e os comentários referentes ao entendimento dos estudantes/residentes quanto à contribuição do ensino médico para o alcance do modelo idealizado apontam um compartilhamento parcial dos valores.

As falas a seguir exemplificam essa questão:

“São seis anos de uma coisa que você geralmente entra jovem, então assim é um momento que ele tá totalmente maleável. A gente nota muito isso, **as pessoas vão se transformando ao longo do curso. Então muitas pessoas chegam com outros olhos e não como são hoje, mais prepotentes, com mais preconceitos**, assim, não digo preconceito racial essas coisas, **mas bem mais distantes mesmo, e isso vai sendo construído ao longo do curso, o distanciamento dos pacientes e até dos outros que não dominam o conhecimento que você domina.**” [Fragmento de entrevista – Telma - 3ºano/6º período].

“Pra mim o modelo de médico é aquele que faz o que é possível pra ajudar o paciente, aquele que o procura com alguma enfermidade. **Antes eu tinha uma visão mais romântica disso, achava que todo médico era bastante ético, compartilhava essa visão mais humanista, mas hoje, aqui mesmo na faculdade, com alguns professores a gente vê que a coisa não é bem assim, é uma pena! Mas eu quero continuar com o modelo que eu acho certo.**” [Fragmento de entrevista – Tibério - 3ºano/5º período].

“Eu digo **se a gente não tiver atento, se cada um não tiver atento consigo mesmo, a gente vai cada vez mais se distanciar desse lado humano**, que tem na nossa profissão, e é muito importante.” [Fragmento de entrevista – Felipe - 4ºano/8º período].

“**O curso não prepara, alguns professores, sim.** Aqueles que não pensam apenas em técnicas, mas que são também bons exemplos de médicos. **Quem sabe com o currículo novo, mas tem que mudar a mentalidade das pessoas.**” [Fragmento de entrevista – Sofia - 6ºano/12º período].

“Não é todo mundo que pensa nesse lado humano, a maioria tá preocupada em ensinar e os alunos em aprender as técnicas, e é importante mesmo é o que cura, né? Claro que é preciso os dois, mas tem que saber o mundo da técnica. **Ideal é juntar a medicina com esse lado humano ,o currículo novo tá tentando. Mas ainda é muito pregação e pouca prática.**” [Fragmento de entrevista – Carmen - 5ºano/9º período].

A valorização do conhecimento técnico é compartilhada por todos, mas o desejo de uma medicina humanizada parece não encontrar no processo ensino-aprendizagem uma prática hegemônica.

Ser um bom médico compreendido como bom técnico e humano é a expectativa de todos os alunos investigados, independentemente do período. No entanto, percebe-se que a idealização quanto à realização desses desejos encontra suas tensões ao se deparar com as incompatibilidades do modelo de ensino em que estão inseridos, tornando sua visão mais realista. A partir do terceiro e quarto anos, apesar de manterem a imagem de uma prática humanizada, eles passam a questionar a dinâmica do processo de formação, evidenciando, a cada ano que passa, um desencanto com o processo vivenciado, em relação ao alcance global de suas metas. Os resultados de Batista e Dini (2004) divergem um pouco dos nossos em relação a esse desencanto. A autora afirma que apenas a partir do quinto ano detectou esses aspectos. Nos nossos achados surge bem antes, aliado à esperança de que a proposta do currículo novo saia da “pregação” para a ação.

O depoimento abaixo descreve como ocorre o ensino do distanciamento humano mencionado pelos estudantes, ilustrando com riqueza de detalhes a lógica do horizonte do treinamento ao qual eles estão submetidos. Eis a fala:

“Nós aprendemos a ficar mais preocupados em apontar hipóteses de diagnóstico, mais preocupados em ver por onde que a gente resolve o problema do paciente, em qual exame que a gente pede, qual exame que a gente passa, será que a gente tem que encaminhar, será que a gente precisa do parecer de outro especialista, e aí a gente vai discutir o caso, a gente vai discutir vamos supor, o mecanismo daquela doença, etc, e aí muitas vezes a gente conclui, tira nossas conclusões, sabe o que é que o paciente tem ou sabe mais ou menos por onde a gente vai investigar pra dar um desfecho no atendimento, né, **e aí no final quando a gente conclui tudo, decide, prepara ali as requisições, pede os**

exames, pede os encaminhamentos, etc, etc, passa os remédios, entrega pra ele e nem sequer discute o caso com ele, pra tranquilizá-lo, pra esclarecer o que ele tá sentindo, se é grave ou não, saber como ele tá se sentindo diante de tudo aquilo, e aí muitas vezes eu acho que ele sai dali angustiado, e nós decidimos tudo. Ou seja, concluindo, o nosso curso exige muito essa formação técnica, a nossa profissão exige muito uma boa formação técnica, e isso termina obscurecendo e atrapalhando essa formação humana.” [Fragmento de entrevista – Felipe - 4ºano/8º período].

“Discutir”, “esclarecer”, “tranquilizar”, saber como o paciente se sente, implicam necessariamente saber ouvi-lo. Implica valorização pelo ensino de uma escuta qualificada, que neste caso é deixado para o segundo plano ou para plano nenhum. O desejo de uma escuta curiosa e atenta convive com a busca obstinada por aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas.

Quando o médico se afasta do sujeito doente, quando evita o encontro, o compromisso com o sofrer humano vai sendo respondido aliando a resposta tecnocientífica à razão utilitarista e à lógica da compaixão piedosa que partem de uma mesma certeza – invocam o nome e o bem daqueles que dizem assistir (Caponi, 2000). Ambas dizem sem consultar os beneficiados, sem conhecer o que é melhor para eles, de modo claro e distinto.

Para a referida autora, a razão utilitarista prescreve normas inapeláveis pelo bem de todos, impõe e regulamenta condutas. A compaixão piedosa, pela força do sentimento compartilhado, aproxima os sofredores sem necessitar de argumentos, mas tem seu aspecto desumanizante porque faz das diferenças o fundamento para relações dissimétricas que ela institui entre o benfeitor e o assistido, gerando obediência e dependência, uma

sensação de dívida e gratidão. Todas essas estratégias de poder prescindem de argumentos, excluem as palavras e silenciam qualquer diálogo, como nos exemplificou o aluno do quarto ano, ao discorrer sobre seu aprendizado dentro dessa perspectiva.

Pereira e Batista (2005, p.16), comentando Castro⁴, dizem que o educando é ensinado a direcionar a entrevista com o paciente, quando este tem a imensa necessidade de falar, levando a conversa para o nosso interesse, de acordo com o nosso juízo, direcionando-a conforme nossa avaliação. *“Achamo-nos no direito de fazer o paciente esperar e, quando finalmente está diante de nós, cerceamos-lhe a possibilidade de expressar o que sente, no sentido mais amplo da palavra”*.

Trata-se de comportamentos pautados na lógica de que quanto mais conhecimento se adquire sobre o corpo humano, maior é o distanciamento da pessoa humana. O corpo e os instrumentos usados para acessá-lo nos levam às almejadas respostas claras da cosmologia mecanicista. Já uma aproximação com o ser humano e seu sofrimento significa ter que adentrar no terreno das incertezas, lugar não desejado pela medicina moderna tecnocientífica.

Foucault (1987) já havia ensinado que podemos observar os excessivos conteúdos de natureza anátomo-fisiológica e os rituais acadêmicos cotidianos conformando o futuro profissional em saúde, adequando-o para esquadrihar, seccionar, observar pontualmente e moldar

⁴ Castro FC. Os temores na formação e prática da Medicina: aspectos psicológicos. Rev Bras Educ Méd. 2004; 28(1): 38-45.

indivíduos a serem medicalizados. Ou seja, promovem, em conjunto, a separação do olhar técnico-especializado, com sua ação discursiva sobre a doença, das demais dimensões da experiência humana. Concomitantemente, contribuem para a construção dos corpos médicos disciplinados. O saber médico acaba por ser concebido e seu discurso enunciado como independentes do corpo que os produz, superiores ao restante da vivência humana, bem como preparados para se dirigirem a órgãos e tecidos em si, absolutizados e isolados de um sistema mais amplo, de uma história pessoal, de uma cultura e de relações político-sociais.

Com a ênfase nos corpos e suas doenças, temos a ilusão de que é possível apreender as coisas não mais na sua presença transitória, mas como quer a noção metafísica de idéia/conceito, aprender a agarrar. Agarramos a entidade-doença e nos afastamos do sujeito doente, de seu sofrimento. Substituímos o “tempo da conversa” pelo “tempo tecnológico” (Schraiber, 1993).

Temos assim as concepções que fundamentam o modelo biomédico, herança do legado prometéico, cujos valores e atitudes guardam importantes tensões com as aspirações dos estudantes/residentes de medicina e da proposta normativa do currículo novo da UFRN. Proposta que tenta se adequar à Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, e em seu artigo 3º resolve:

“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar,

pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”

A ampliação de propostas no sentido de alargar o horizonte normativo que defende a humanização em saúde busca um humanismo à altura do benefício inegável do conhecimento técnico, sem hipertrofias de um ou de outro.

Por sua vez, as concepções dos estudantes/residentes quanto ao papel do médico no enfrentamento da morte de um paciente dependem, para sua concretização, do alcance do modelo de médico humanizado almejado por eles.

A aluna do sexto ano espelha essa assertiva:

“na hora de estar com o paciente terminal tudo pode piorar se a gente não tiver uma base para lidar com as pessoas doentes e não só com as doenças, é tudo muito delicado. Seu não conseguir ter tempo,e jeito para conversar com meus pacientes que têm cura, como vai ser com os que não têm? O certo é eu ser uma boa médica nessa hora, e aprender aqui, com os professores não sozinha com os pacientes.”

Já foi mencionado que, a partir do quarto ano, e principalmente no período do internato (5 e 6º anos), cresce a preocupação em torno do desenvolvimento de atitudes que promovam qualidade de vida/morte aos pacientes sem possibilidades de cura, com grande destaque para a qualidade da comunicação, condição promotoras de uma relação médico-paciente eficaz.

Os dados da pesquisa realizada por Bellodi et al. (2004) sobre os temas que os estudantes de medicina da USP desejam que sejam trabalhados no programa de tutoria também apresentam a relação médico-paciente como prioritária para os alunos do internato.

No entanto, essas demandas são silenciadas diante do modelo biomédico, que não considera a experiência do sofrimento como integrante de sua relação profissional, que não reconhece os cuidados que os doentes, moribundos ou não, necessitam enquanto pessoas – salvo as crescentes experiências na implantação de currículos novos que atendam às novas diretrizes curriculares para o ensino médico.

Mais uma vez encontramos convergência entre as concepções dos entrevistados com as propostas das diretrizes curriculares, que mencionam “o acompanhamento do processo de morte” como uma capacidade a ser desenvolvida pela formação médica. Um mesmo horizonte normativo, que se apresenta na contramão da tendência cultural e hospitalar de ocultamento e afastamento da vivência de morte (Falcão e Lino, 2004).

Esse é o *locus* em que estão inseridos nossos entrevistados, transitando entre a firmeza de um horizonte normativo que expressa na primeira pessoa: “eu quero continuar com o modelo que eu acho certo e estar junto do meu paciente para cura ou para ajudá-lo a morrer com qualidade”, e a relativização desse mesmo horizonte, fabricada no dia-a-dia de sua formação e relatada esquivamente em terceira pessoa: “não é culpa do médico se ele não tem condições de estar perto de um paciente terminal”.

“Ter jeito com pessoas” e ter jeito com pessoas diante da morte, implica implementar mudanças na formação médica que contemplem o desenvolvimento de habilidades humanísticas, a competência ou domínio emocional, que resgate a reumanização da medicina.

Resgate este que diz respeito não apenas a “uma visão romântica da medicina”, como citou no início do texto um aluno do terceiro ano, nem mesmo a uma estratégia de ação para trabalhar *de modo mais humano* questões de ordem prática e de importância evidente, como, por exemplo, a base de uma relação médico-paciente eficaz. A perspectiva humanística (também) é uma imposição de rigor científico, de âmbito epistemológico (Blasco, 2005, p.120). Em outras palavras, esse autor acentua:

sem humanismo, a Medicina estaria amputando uma de suas fontes científicas do saber. É preciso recuperar a perspectiva humanística da Medicina, pois o humanismo é inato à profissão médica. Um médico sem humanismo não será propriamente médico; na melhor das hipóteses, trabalhará como um “mecânico de pessoas.

O legado de Prometeu, que mutilou seus herdeiros em relação a outras dimensões do saber, como imaginação, afetividade, disposição para o encontro, ainda ecoa na formação dos filhos de Esculápio, que transitam entre o imperativo e o desejo compartilhados de serem médicos técnicos e humanos na doença e na morte.

5. DIALOGANDO II: O SER MÉDICO E A MORTE – A INICIAÇÃO MÉDICA NA DISTÂNCIA DO SIMPLES OLHAR

*“O que mata um jardim é esse olhar vazio de
quem por eles passa indiferente”*

Mário Quintana

Nesse plano analítico serão discutidas as orientações recebidas pelos estudantes/residentes de medicina em relação ao lidar com a morte na prática médica. Analisaremos o modo como as concepções que emergem de seus discursos se articulam com as proposições legitimadas como “verdades” na formação médica. Ou seja, analisaremos os pressupostos, conceitos e evidências em torno do lidar com o processo de morte de um paciente, assimilados pelos entrevistados na formação médica.

5.1 Abordagem da morte: a “inominada da gente”

Manuel Bandeira, poeta que se intitulava um tísico profissional, conviveu durante muitos anos com a iminência da morte. Referia-se a ela como “a indesejada da gente”. Assim ele se referia a ela sem denominá-la de fato. Dizia ele:

Quando a Indesejada das gentes chegar (não sei se dura ou
coroável) / Talvez eu tenha medo / Talvez sorria, ou diga: Alô,
iniludível! / Meu dia foi bom, pode a noite descer (A noite com
seus sortilégios) / Encontrará a casa limpa, A mesa posta /
Com cada coisa em seu lugar. (Bandeira, 1961)

Talvez a possibilidade tão presente do morrer o obrigasse a pensar na chegada da morte, a não mais se iludir com a imortalidade, o convidasse a pensar na vida e assim colocar as coisas nos seus lugares. Entre o medo e o desejo de uma vida boa, de mais um dia bom, ele se “preparava”.

Fato é que, em nossa cultura ocidental contemporânea, a morte e o falar sobre ela, de indesejados e temidos, são também banalizados e interditados. E na medicina, se a morte é uma constante no trabalho médico, se eles são obrigados ao seu convívio (ou optam por ele), como os cursos de graduação preparam seus alunos para lidar com a questão da morte?

Como o tema da morte é abordado no curso de medicina da UFRN é o que trataremos agora. Começamos com alguns depoimentos dos estudantes nos vários períodos do curso:

“Eu **desconheço assim**, no decorrer do curso. Agora não tá falando nada, mas no decorrer do curso eu não sei realmente, eu não conheço”. Tem **bioética** que fala assim ,sobre eutanásia essas coisas.” [Fragmento de entrevista – Patrícia - **1º ano/1º período**]

“Eu **não tenho conhecimento**, na verdade, não vou dizer nada, mas até agora...” [Fragmento de entrevista – Paulo - **1º ano/2º período**]

“A única coisa que eu **ouvi falar** é que o tema da morte é trabalhado na disciplina de **psicologia médica** só. Foi a única vez que me contaram que se trabalha realmente esse tema.” [Fragmento de entrevista – Deborah - **2ºano/ 4º período**]

“Na universidade, **até agora, no terceiro ano, ele foi pouco abordado**. Eu diria que na disciplina do primeiro período, **bioética**, a disciplina complementar do terceiro período, introdução a bioética, na disciplina agora de oncologia, que os professores deram, no caso de **oncologia ainda vai dar, um enfoque especial à morte**. É um médico muito bom, bom professor, e a disciplina é diferente. Mas nem todo

mundo se interessa.” [Fragmento de entrevista – Tibério - 3ºano/ 5º período]

“Eu acho que muito pouco, **a gente tá ali treinando na doença, tratamento e pronto.** As vezes tem um professor que fala alguma coisa, mas no geral não, é um assunto muito pouco abordado, pode até ser mais pra frente no curso, mas até aqui... Ah! **A gente vai abordar isso em oncologia.** Agora em **psicologia médica** eu não me lembro se no cronograma tem alguma coisa. Em oncologia realmente desde o primeiro dia de aula o professor abordou, ele fala muito sobre isso.” [Fragmento de entrevista – Taciana - 3ºano/ 5º período]

“Tem **oncologia** que trabalha. Trabalha a relação médico–paciente, como dar o diagnóstico de câncer, como você vai abordar o paciente. O professor manda ler romances, passa filme para debater, é totalmente diferente, **ela é a contra-hegemônica do curso.**” [Fragmento de entrevista – Telma - 3ºano/ 6º período]

Os alunos do primeiro ano dizem desconhecer se o tema é abordado. Uma aluna ainda cita bioética. No segundo ano mencionam que a disciplina de psicologia médica irá tratar do tema; já no terceiro ano fazem referência à disciplina bioética e comentam que a morte é abordada na disciplina optativa de oncologia (em andamento no período das entrevistas), relatando uma avaliação bastante positiva do professor. Em relação à psicologia médica, embora a estejam cursando, os estudantes não sabem se o tema será trabalhado (na ocasião estão em início de semestre).

É interessante observar que os alunos, ao se referirem às disciplinas pertencentes ao universo das Humanidades Médicas (por exemplo: bioética e psicologia médica), e a disciplina de oncologia, apontam que “nem todo mundo se interessa”, “é diferente”, “é contra-hegemônica”. Sinalizam assim a refratariedade de grande parte dos alunos diante de disciplinas mais reflexivas, que não se valem do instrumental da tecnologia e seus aparatos.

Vejamos a continuação da fala da aluna do terceiro ano nessa direção:

“O pessoal termina assimilando que o importante mesmo é aprender técnicas, decorar os cadernos. Disciplina como epidemiologia que o pessoal da saúde coletiva faz umas dinâmicas de leituras ou psicologia médica não desperta interesse, que dirá oncologia que nem é obrigatória. O cara vai mais quando se interessa pela especialidade ou se já pensa um pouco diferente da maioria, pode acreditar que é verdade. Tem também o fato de ter que cumprir os créditos e não ter muitas outras ofertas na época.” [Fragmento de entrevista – Telma - 3ºano /6º período]

Pereira e Almeida (2003, p.69-79) descrevem a dificuldade encontrada para inserirem reflexões oriundas das ciências humanas em grupos tutoriais. Afirmam que tal fato se deve à impregnação, pelos atores da educação médica, de um imaginário social que concebe um saber médico tradicional, o lugar privilegiado de produção e aplicação da verdade. Eles explicam:

Tal imaginário, impregnado e expresso na formação desses tutores/facilitadores/médicos, encontra-se refletido tanto no seu comportamento diante dos alunos quanto no destes últimos, cuja motivação para a escolha da medicina é muitas vezes a atração por essa posição de poder/saber conferida pelo ofício da medicina. Possivelmente, decorre ainda desse imaginário a refração encontrada entre os estudantes no que diz respeito às abordagens críticas que as Ciências Humanas aportam à problemática da medicina, mostrando a relação do corpo com a cultura, com a sociedade e com trajetórias individuais. Tais conhecimentos, nomeados genericamente de “psicossociais”, são tratados como de menor importância, sendo vistos na condição de complementares aos “verdadeiros” e “supervalorizados” conhecimentos médicos de base exclusivamente biológica.

Os alunos dos anos seguintes, que também fazem parte do currículo novo e que cursaram a disciplina de Oncologia, novamente fazem referência à disciplina, ao professor e à metodologia de forma elogiosa. Citam também Psicologia Médica, com (poucos) elogios em relação à abordagem da

relação médico-paciente, e fazem críticas quanto ao pouco espaço para o tema da morte.

Os trechos abaixo ilustram:

“É muito pouco abordado, acho que a única abordagem que a gente teve **foi na disciplina de Oncologia**, não é abordado isso aí, com exceção desse momento lá na oncologia, eu não lembro da gente ter nunca feito uma discussão sobre a morte. É como se fosse assim, o meu paciente nunca morre (risos), sabe, o meu paciente nunca morre. É, a gente esquece que a morte pode existir. Tinha que ter mais na disciplina de psicologia médica, por exemplo.” [Fragmento de entrevista – Felipe - 4ºano/8º período]

“Foi abordado **em aulas de Psicologia**, mas eu não consigo lembrar especificamente de um professor falando disso fora da aula de Psicologia, devem ter falado mas muito pouco assim, na aula de **oncologia** que falaram. O professor de oncologia levava bastante a sério isso.” [Fragmento de entrevista – Clara - 5ºano/ 10º período]

“É muito pouco, muito pouco abordado, a gente viu a **questão da morte na psicologia, como tema de uma última unidade**. É foi o tema da última unidade e na oncologia que a gente pagou opcional, a última prova foi sobre um livro que falava de um paciente oncológico, todo o processo dele até falecer. Era “A morte de Ivan Ilich...” [Fragmento de entrevista – Cecília - 5ºano/ 10º período]

Já alguns alunos do sexto ano e os residentes (fazem ou fizeram parte do currículo antigo), não cursaram a disciplina Oncologia, mas corroboraram as críticas feitas à Psicologia Médica quanto ao tema morte ser pouco trabalhado, representando para eles “uma falha muito grande na formação”.

Os depoimentos dos entrevistados exemplificam:

“É assim, **não é abordado durante o curso. É como eu disse, foi abordado em uma aula, lá no início, em psicologia médica** na terceira unidade. Talvez tenha sido abordado somente em psicologia médica. Não é abordado, eu acho que é uma carência muito grande que a gente tem. Porque a única coisa que a gente tem certa na vida é a morte, é a única coisa que não é relativa, todo mundo vai

morrer um dia. Então isso não é abordado. É uma falha muito grande na formação médica, e acho que isso poderia ser bem mais revisto.” [Fragmento de entrevista –Simone - 6ºano/12º período]

“O curso preparar pra isso? Eu só me lembro de uma aula que a gente teve de psicologia médica. Durante todo o curso, a citação desse tema aí, eu só me lembro disso, pode até ter tido outro, mas eu não lembro. Eu me lembro que se falou desse tema na Psicologia Médica, acho que teve uma aula, mas também não lembro desses ensinamentos, não lembro do que foi tratado não. Só isso, então é uma parte que fica deficiente mesmo.” [Fragmento de entrevista – Rodrigo, Residente 2]

Os estudantes e residentes entrevistados evidenciam os poucos e pontuais espaços para o ensino da morte em sua formação. Despreparo constatado em estudos tanto no Brasil (Vianna e Piccelli, 1988), como no exterior (Buss et al., 1998), demonstrando que os estudantes de medicina percebem a carência de oportunidades no curso médico para o preparo e o treinamento em lidar com a morte.

Troncon et al. (2003, p.26) confirmam esses achados, assinalando que

este ‘ocultamento da morte’ nos currículos da formação médica acaba por induzir o aluno a buscar um aprendizado solitário para lidar com estas questões, o que, muitas vezes, se desdobra na busca individual por serviços de orientação psicopedagógica, por parte de alunos angustiados.

Atitudes indefinidas ou conflitantes em relação aos diferentes aspectos relacionados com a morte foram encontradas nos estudos desses autores. Esses dados são bastante condizentes com a idéia de que o tema é um dos que oferece maiores dificuldades emocionais a todos os profissionais da área da saúde, conforme fundamenta amplo conjunto de investigações (Boemer, 1989; Cassorla, 1991; Sayd, 1993). Atitudes que refletem valores

profundamente arraigados, não sendo, portanto, passíveis de mudanças em curto prazo.

Se, por um lado, constatamos um quase silêncio em torno do lidar com a morte e o morrer ao longo da formação médica, por outro é possível identificar as disciplinas de caráter humanista sendo eleitas como responsáveis para promover o ensino do tema, para promover as mudanças atitudinais nesse processo, já tão impregnado por uma visão biológica e tecnicista do adoecimento. Mais uma legitimada e desafiante aposta colocada também para a Psicologia Médica (conforme anunciada pelos estudantes de nossa pesquisa) – disciplina que, segundo Souza (2001), vive o permanente desafio de manter em tensão o saber sobre a doença e o saber sobre a relação com o doente.

A autora, discorrendo sobre as dificuldades em promover um diálogo produtivo com os alunos na disciplina de psicologia médica, declara:

Existe uma crise nesse campo, onde o professor se confronta com os alunos quase cooptados por um pragmatismo, que exclui qualquer outro valor que não o da eficácia da ação e desconsidera o valor da verdade no discurso, como desconsidera o valor da palavra. (Souza, 2001, p. 89).

No Brasil as Humanidades estão pouco representadas nos currículos médicos, com exceção das disciplinas de Ética e Bioética (Troncon et al., 2003). Apesar dos crescentes esforços dispensados para a inclusão de disciplinas humanísticas nas reformulações curriculares de escolas médicas, Pereira (2005) afirma em sua análise que autores como Troncon (2003), Hook (1996) e Portugal-Alvarez (1991) atestam que lhes faltam as horas, os

recursos e o suporte docente adequados para competir com as disciplinas científicas. No dizer de Pereira (2005, p.21): “o corpo docente e por extensão, o discente, tendem a conceber as humanidades como supérfluas”.

Faz-se importante uma revisão da pedagogia das Humanidades Médicas, tanto em termos de suas estratégias de implementação curricular, quanto em termos de sua estrutura (Pereira, 2005). Neste último aspecto é preciso tirar do papel os objetivos que caracterizam seis traços em comum das disciplinas que atendem pela denominação de Humanidades Médicas. Pereira (2005, p.16-17) citando Kopelman, 1993, 1998,⁵ descreve esses traços:

Têm compromisso com conjuntos bem definidos de problemas sobre a condição humana (morte, morrer, confidencialidade, aborto, personalidade, alocação de fundos a serviço de saúde, etc); fazem uso de estratégias interdisciplinares para abordar esses conjuntos de problemas; ancoram esses problemas na práxis das profissões de saúde, através do uso de casos clínicos e raciocínio prático; utilizam técnicas instrucionais que se valem da resolução de problemas; procuram soluções moralmente justificáveis e, por fim, procuram uma formatação acadêmica para ensino, pesquisa e serviço.

A fala da aluna aponta para a urgente necessidade de operacionalização dessa demanda:

“Como é que você vai aprender a lidar com o paciente que vai morrer? Já quando ele está em estado terminal? Só lidando, no dia-a-dia, errando, chorando quando ele morre, se descabelando nas primeiras vezes, mas infelizmente é assim. É muito solitário, não é pra ser assim. Se tiver sorte de acompanhar algum professor que saiba lidar (pequena pausa), mas a gente nem tem com quem conversar sobre tudo isso Tem que falar na morte, tem que ensinar a gente a

⁵ Kopelman LD. The Medical humanities programa t East Carolina University. NC Méd J. 1993; 54 (8): 409-13.

lidar. Não sei se você já notou, mas a gente nem diz essa palavra, diz óbito, alta celestial êxito letal.” [Fragmento de entrevista –Simone - **6ºano**/12º período]

Na maioria das vezes, as únicas circunstâncias em que os médicos parecem admitir a morte na sua intimidade são as salas de anatomia e de autópsia, porque somente ali ela se colocaria como algo a serviço da vida (Concone,1983).

No caso de nossa pesquisa, os alunos entrevistados que presenciaram autópsias (não é obrigatório), relataram ter sido o pior momento do curso. Em suas palavras: “ *ali é muito recente, não tem como não pensar no cara, na morte da gente, e o cheiro é horrível*” (Fragmento de entrevista Rafael – residente 2).

Por sua vez, o depoimento de outra estudante nos lembra do valor de iniciativas pontuais nessa direção.

“Eu acho que a disciplina de Oncologia ajuda a pensar nessas coisas antes de chegar a hora h e a gente não saber o que fazer, pelo menos é um início.” [Fragmento de entrevista – Cecília - **5ºano**/10º período]

Muito embora, do ponto de vista da ciência médica (legitimadora da formação médica), vida e morte sejam fenômenos da mesma esfera, a biológica, e nela tendam a se esgotar, a recusa da morte introduz na prática médica uma separação radical entre estas duas realidades, como se, assim fazendo, fosse possível anulá-la e suprimi-la. A voz de um dos aprendizes chama nossa atenção, quando diz: “É como se fosse assim, o meu paciente nunca morre (risos), sabe, o meu paciente nunca morre, a gente esquece que a morte pode existir”.

Entretanto, se todo comportamento é uma comunicação (Watzlawick, 1967) as atitudes, os valores, as formas de lidar com a morte no dia-a-dia da prática médica serão sempre ensinadas mesmo no silêncio de um saber-fazer, dentro de uma concepção desejada ou não. A morte não nominada (“óbito”, alta celestial”) já comunica por si só uma recusa em lidar com ela, a tentativa de esquecer que ela existe, representando uma recusa da dimensão intersubjetiva no cotidiano do “ser médico” que desponta em idiossincrasias da linguagem. E Rubem Alves (1991) nos adverte.:

Da morte nada sabemos. Só sabemos as histórias contadas do lado de cá, palavras que sobre ela colocamos, a fim de torná-la uma presença (...) Quem não fala sobre a morte acaba por esquecer da vida. Morre antes sem perceber...”

5.2. A anatomia e a iniciação médica

O processo de apoio na racionalidade científica experimentado pela Medicina é marcado pelo deslocamento epistemológico e clínico, do saber sobre o doente para o saber sobre a doença. Seu itinerário (apontado na introdução deste trabalho) atravessa o distanciamento da medicina descritiva hipocrática e vai se abrigar numa forma de pensar e agir que só é possível quando a doença e a vida passam a ser vistas, apreendidas a partir da morte. Tal aprendizado é permitido por um modo de conhecimento que adquire novo sentido no século XIX – a dissecação, o estudo da morte destituído de conteúdos existenciais e humanos, a morte biológica, técnica,

a serviço da vida, por meio do refinamento dos estudos anatômicos permitidos com o estudo dos cadáveres. Assim, o início da construção de um modelo de “ser médico” é iniciado nas aulas de anatomia (Foucault, 1987).

Como foram as reações dos estudantes/residentes pesquisados nas primeiras aulas de Anatomia? Eles tiveram algum preparo? São as questões focalizadas neste momento.

Antes, porém, vamos discorrer um pouco sobre o advento da Anatomia na configuração da medicina científica, para em seguida tentar compreender como ocorre o aprendizado dessa disciplina e inferir sobre suas consequências.

É corriqueiro encontrar hoje a explicação de que os médicos não dissecavam por proibição religiosa, o que teria atrasado a medicina por séculos. Sayd (1993) defende em seus estudos que a proibição, além de vigorar já desde algumas escolas gregas (nunca foi imposição específica da Igreja Católica), não era impedimento real para estudos anatômicos: sempre houve permissão para se violar os corpos de criminosos condenados à morte, por exemplo, e estes sempre foram dissecados. As dissecações eram espetáculos públicos e existem inumeráveis gravuras com cenas de dissecação em diversas épocas. A verdade é que a medicina podia dissecar e produzir mapas anatômicos à vontade, mas não o fez até o Renascimento, quando Vesalius (1514-1564) produziu seu livro *De humani corporis fabrica*, repleto de ilustrações provenientes de suas dissecações. Podia-se dissecar, mas não se ousava contradizer a tradição. O livro de Vesalius, apesar de

sua grande importância e precisão, não provocou nenhuma revolução médica imediatamente, mas continha o gérmen do olhar moderno, que teria importantes conseqüências. Foi no Iluminismo que se debruçou sobre o corpo, para tentar descrevê-lo perfeitamente. Esse movimento descritivo culminou na obra de Morgagni, em 1761, *De sedibus et causis morborum*, onde, como importante novidade, procurava-se a sede das doenças nos órgãos (Sayd, 1993).

Morgagni é considerado o pai da Anatomia Patológica, mas não foi o fundador da medicina contemporânea - faltava ainda um elemento, que o raciocínio iluminista tinha dificuldade em vislumbrar: a *relação, a correspondência*, entre os achados das necrópsias, e a história, os sinais e sintomas, daqueles mesmos pacientes quando vivos.

Foi Bichat (1771-1808) que não se contentou em descrever o corpo; era necessário explicar. Com ele surge a noção de lesão patológica mais específica nos tecidos do que nos órgãos, permitindo o entendimento de que os sintomas apresentados pelos doentes quando vivos fossem explicados pelas lesões encontradas nos corpos dissecados após sua morte (Sayd, 1993).

Nasce um novo olhar sobre a morte, um novo paradigma médico da teoria anátomo-clínica no limiar do século XIX. O olhar devia, portanto, penetrar no escuro, olhar mais do que apenas o visível imediato. E é exatamente esse movimento que a medicina clínica tenta realizar ao examinar um doente: ver, através dos sintomas expressos, as lesões internas, enxergar o invisível através da correlação com os sintomas visíveis.

Desde que a medicina deixa de ser prática religiosa e começa a ser penetrada por uma fundamentação racionalista, passa-se a buscar os sinais que permitam ver através para prever (diagnóstico-prognóstico). Os hipocráticos procuravam os sinais exteriores do adoecimento para interpretar a dinâmica da *physis* e ajudá-la no alcance de novo equilíbrio; os galenistas procuravam nesses sinais, ainda exteriores, a substância dos adoecimentos para expurgar os males; e os modernos vão buscar na intimidade das estruturas do corpo a mecânica dos adoecimentos para trazê-la de volta ao seu estado funcional.⁶

A morte, ao iluminar o interior dos corpos mortos, ensina a verdade sobre a doença, uma verdade cartesiana, clara e distinta. Uma concepção de verdade como não-ocultamento, cuja ênfase maior vai se dar no lado de fora da caverna (alegoria platônica). Seu desvelar-se vai depender dos degraus de luminosidade, que vão do fundo da caverna até seu exterior; itinerário que coincide de forma decisiva com as várias etapas em que a coisa aparece, tornando-a acessível em seu aspecto – idéia (Michelazzo, 1999).

Heidegger (1978), criticando a racionalidade científica moderna, afirma que a essência da verdade (*alétheia*) perde seu traço central em torno do não-velamento, ao desviar seu olhar das sombras (da caverna) para aprender as coisas, no que se vê de uma maneira exata, vinculando-se a outra essência – à *orthótes*, à exatidão.

Em outras palavras, a verdade sobre a doença do doente, no interior do corpo morto e depois do corpo vivo, vai se tornando acessível quanto mais for sendo possível conformar o olhar e o entendimento do médico em torno de uma concepção de verdade livre de sombras (dúvidas, subjetividade), a

⁶ José Ricardo Ayres. Comunicação pessoal, outubro de 2006.

mais exata possível, uma verdade adquirida na conformação diagnóstica elaborada pelo médico. Conclui Michelazzo (1999, p. 35):

Para que a exatidão apareça é agora necessário que tanto o olhar como o conhecimento estejam corretos, e estar corretos aqui é conformar-se, adaptar, acordar, em grego se diz *homoíosis*. A verdade acontece, então, quando o acordo (*homoíosis*) entre o entendimento e a coisa mesma for exato (*orthótes*).

A medicina passa a se apoiar na morte como objeto de estudo para se estabelecer como um conhecimento científico. É da exatidão e objetividade obtidas apartir do corpo morto, o máximo possível destituído de sinais de subjetividade, mudança, imprecisão, que se inicia o aprendizado da prática médica, do mesmo modo como deslanchou, historicamente, o afã prometéico do progresso científico-tecnológico na medicina.

Esse modo de pensar, ao colocar o homem como centro dos entes, por meio do lugar privilegiado que o pensamento acredita se relacionar com o ser das coisas (ideia, conceito, causa etc.), permite que o homem se torne mais seguro de si e de seu destino, dando origem a um humanismo, entendido aqui como antropocentrismo ou antropomorfismo.

Nessa perspectiva, Michelazzo (1999, p. 138-139) comenta:

É a partir do momento em que o homem começa a dominar o ser das coisas por meio de uma linguagem conceitual e lógica em níveis crescentes, que começa também paralelamente, a estender esse domínio sobre todos os entes à sua volta...na modernidade esse caráter e dominação ganhou fraça gigantesca.

É inegável que todo o extraordinário avanço tecnológico permitiu aumentar a expectativa e a qualidade de vida, sem avançar na mesma

proporção quanto aos cuidados com a experiência humana da morte. Acompanhar o processo de morte dos pacientes ficou fora do âmbito da medicina (De Marco, 2003).

A dissecação dos cadáveres e o grande número de vítimas de epidemias permitiram aos médicos buscar a lógica da morte dentro do corpo e favoreceram o desenvolvimento de tecnologias para a melhor avaliação dos doentes, reduzindo a dependência dos médicos de trabalhar apenas com relatos do paciente. As consequências disso são profundas. Cria-se a dependência em relação aos médicos, que possuem os meios técnicos para lutar contra a morte. Se antes a tradição religiosa colocara a morte “na vontade de Deus”, a medicalização da morte vai colocá-la em mãos humanas. A medicina passa a ser a condutora do processo da morte e fonte de respostas para as questões que a cercam (Falcão e Lino, 2004).

Foucault, em *O nascimento da clínica* (1987, p.226), resume esse processo, identificando no método anátomo-clínico uma estrutura epistemológica em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte. Ele explica:

Esta estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte, o que se chama em suma o método anátomo-clínico, constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva. A doença se desprende da metafísica, do mal com quem, há séculos, estava aparentada, e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. Pensada em relação à natureza, a doença era o negativo interminável cujas causas, formas e manifestações só se ofereciam de viés e sobre um fundo sempre recuado; percebida com relação à morte, a doença se torna exaustivamente legível, aberta sem resíduos à dissecação soberana da linguagem e do olhar.

Como já afirmamos, entendemos o ensino da Anatomia como sendo a instância de iniciação desse novo saber. Trata-se, inegavelmente, da aquisição de um saber diferenciador, que começa a demarcar para o estudante a entrada no “mundo dos médicos”. Sem ignorar outros determinantes que demarcam o “ser médico” do “não ser médico”, queremos dizer que é evidente a linha demarcatória que começa a ser esboçada nas aulas de Anatomia, naquele espaço onde o objeto de estudo a ser manipulado é o cadáver, geralmente pouco tocado e temido pelo senso comum, principalmente quando despojado de uma relação de subjetividade.

Vejamos como os estudantes abordam a questão de sua preparação para começar o trabalho com os cadáveres.

“Eu tenho muita expectativa, é um momento muito importante, **só para os médicos mesmo.**” [Fragmento de entrevista – Patrícia - 1º Ano/1º período]

“O preparo é no sentido assim de ter respeito, foram pessoas que morreram e doaram seus órgãos para estudo, para o desenvolvimento da ciência. Então você tem que ter o maior respeito com os cadáveres. Através deles você vai aprender. **Ele será seu primeiro paciente.**” [Fragmento de entrevista - Deborah - 2º Ano/ 4º período]

“Tem a missa do cadáver, acho que já é pra impor um respeito aos cadáveres, pra não brincar na sala.” [Fragmento de entrevista – Taciana - 3º Ano/5º período].⁷

A fala da aluna do primeiro ano reflete a expectativa de atravessar o início da linha demarcatória para adentrar no universo de “ser médico”, a importância e prestígio desse espaço restrito.

⁷ Trata-se de uma missa celebrada no início do ano em homenagem aos cadáveres, mas que poucos alunos comparecem.

Por sua vez, a estudante do quarto ano reforça essa questão, acenando que é preciso enfrentar os sofrimentos iniciais solitariamente e ser bem-sucedido numa etapa que constitui a primeira prova para “ser médico”.

“Eu acho que o professor devia, não sei, conversar, dar uma orientação. Uma coisa que é interessante lá é que o professor prezava muito pelo respeito pelo cadáver, que tem pessoas que até doam seus corpos, eu achava interessante, **o não brincar, zoar, brincar com nenhuma parte do corpo dele, de não sei, alguma gracinha, alguma coisa. Ele sempre prezava muito por isso, respeito pelo cadáver.** Mas uma preparação maior, uma coisa mais sensível pra gente se acostumar não teve não, pra gente falar como tá se sentindo. Afinal no começo não é normal, são cadáveres, **sei que a gente acostuma, vai ser médico né? Senão...**”
[Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º Ano/8º período]

Falar sobre os sentimentos despertados no contato com os cadáveres não é estimulado. O impacto inicial (se houver) deve ser solitariamente transformado em comportamentos “adequados”, esperados para um futuro médico.

O respeito, citado por todos os alunos e residentes, é uma das atitudes obrigatórias para quem tem acesso a esse espaço. “Não brincar”, “não zoar”, não erotizar partes do corpo são atitudes esperadas e vigiadas durante a aquisição de um saber diferenciador e cujo ponto de reflexão é o trato com o cadáver, de grande importância prática e simbólica para o futuro desses estudantes.

Concone (1983), em seu detalhado estudo sobre Anatomia, considerou o curso dessa disciplina “um dos espaços sagrados da escola”. Se tomarmos o conceito de Rodrigues (1979, p.176) sobre o sagrado, temos que “o sagrado é o ser proibido, que não pode ser violado, do qual não

ousamos nos aproximar, porque ele não pode ser tocado [...]. Qualquer contato indevido tem por efeito a sua profanação”.

A sacralidade apontada funda-se na presença da morte e do morto, cujo toque só seria permitido para alguns iniciados (estudantes) em nome de um bem maior – a vida. Para esse fim a profanação é permitida.

A presença dos mortos legitima o caráter de sacralidade do ambiente e a preparação para lidar com ele se limita à inculcação da obrigatoriedade de atitudes respeitadas, coerentes com a lógica da sacralidade.

Vamos apresentar neste momento as reações dos entrevistados durante as primeiras aulas de Anatomia e suas estratégias de enfrentamento para “se acostumar” com o lidar com o cadáver e com as próprias “tensões”.

Os acadêmicos dos primeiros semestres (primeiros anos) antecipam o discurso esperado: “foi natural”, “tranquilo”, “normal”, mas aos poucos revelam as reações iniciais de “choque” e “estranhamento”. Eis alguns trechos de entrevistas.

“Não, foi bem tranquilo. Só tem aquele medo inicial assim de você machucar as peças, mas... Depende da parte que tá dissecando assim, às vezes é a parte da frente, às vezes fica de costas, **altera assim se fica de frente ou fica de costas, olhando pra face. Assim, ficar olhando pra face assim, eu pelo menos evitava um pouco olhar.** Dá um estranhamento, um choque.” [Fragmento de entrevista – Deborah - 2º Ano/4º período]

“Não, não tive problema nenhum de reação, foi natural, normal. Tanto a peça como o cadáver inteiro, pra ser bem sincero **na maioria das vezes eu vi só como uma peça de estudo mesmo,** mas também nunca falei com respeito.” [Fragmento de entrevista – Diogo, 2º ano/3º período]

“Sabe, a face do cadáver, por incrível que pareça, depois de formolizada, parece que ele tá dormindo lá, tranquilamente. Mas **as vezes é meio chocante, mas com pouco tempo se**

acostuma e você passa a ver apenas como um instrumento de trabalho, pelo menos foi o meu caso.”
[Fragmento de entrevista – Tibério - 3º Ano/5º período]

“É natural quando você pega assim, um baço, um fígado, um coração, não tem tanto impacto, **agora quando você pega uma cabeça, as vezes fica aquela coisa assim, a fisionomia mesmo, a face, no geral você esquece que aquilo ali é um corpo humano, que aquilo ali já teve vida.**”
[Fragmento de entrevista – Telma - 3º Ano/6º período]

As respostas dos estudantes dos anos seguintes e os residentes foram semelhantes. Eles detalham os aspectos difíceis da vivência com os estudos anatômicos, as estratégias usadas para enfrentar o cadáver e disfarçar o medo. Alguns ensaiam reflexões críticas quanto ao processo.

Vamos destacar inicialmente as respostas que apontam aspectos comuns com os exemplos já citados dos alunos dos primeiros anos, e as estratégias usadas.

“Ah, é **terrível o início**. Aquilo dali realmente! E você depois acostuma. Foi difícil ver pela primeira vez, eu nunca tinha visto, fiquei chocada, **fiquei guardando o rosto dele, sabe, eu tinha medo**. Fiquei um **tempo sem comer carne** também, porque você vê muita semelhança, eu lembrava, pôxa.” [Fragmento de entrevista – Clara - 5º Ano/10º período]

“Ah, **eu fiquei chocada no começo**. Eu assim, não queria chegar perto, no começo eu achava tão chocante, e depois a pessoa, não sei, banaliza um pouco... porque as peças as vezes, parecem um pedaço de borracha, não é vermelhinho, não tem pele, não tem pêlo, **parece um boneco**, mas quando você vê o cadáver fechado com a pele, ele inteiro, o choque é diferente mesmo formolizado, **tem o rosto que lembra. Mas a gente se acostuma com coisa ruim** [...] fui chegando, não gostava muito de pegar, de olhar, quando tinha uma cabeça assim, pra mim era muito chocante, eu não gostava de olhar, olhava meio torto assim de lado, só quando tinha que olhar mesmo. **No começo facilitava, não olhar pro rosto, não fixar muito assim**, se tinha que mexer na perna olhava só pra perna, facilitava no começo, depois passou, foi meio na marra, não fiz nada preparado, programado não.” [Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º Ano/8º período]

“Eu acho que fui uma... eu acho que eu fui uma das que teve a reação um pouco melhor aqui, **teve gente que nossa, vomitou, saiu da sala...Lógico que eles fazem de tudo pra não demonstrar** que ‘tão’ passando mal. Todo mundo **quer mostrar que aquilo é uma coisa natural, só que não é**, e você não tem preparação nenhuma. Você tá com 16 anos de idade, e você nunca viu um morto. Eu nunca tinha visto um morto. Ninguém tem a reação na hora, pelo menos tenta disfarçar, não pega bem porque você é aluno de medicina, tem que agüentar. Mas aí além desse momento, **quando você disseca o dorso, passou o estresse...Até que você tem que virar o cadáver [...]** Aí é outro estresse, cadê que eu conseguia dissecar o cadáver olhando pra cara dele? Uma angústia...eu não consigo... **Eu passei uma semana eu acho, botando um pano no rosto do cadáver, pra conseguir dissecar o abdômen.** Até que você com o tempo vai se adaptando... **não pode ficar a vida inteira cobrindo o cadáver.**” [Fragmento de entrevista – Cecília - 5º ano/10º período]

Se o caráter sagrado das aulas de Anatomia se deve à presença de cadáveres, é preciso tocar neles, “profaná-los” para dar início ao aprendizado. Esse lidar com o cadáver se revela fonte de dificuldades para grande parte dos alunos, exigindo estratégias para o alcance da superação dessas dificuldades e a obtenção do aprendizado necessário.

Os elementos da iniciação estão, pois, claramente presentes. Implica sofrimento físico e moral, mas deve-se superar a prova, para poder “ser médico”. O comum é a superação com menos alarde possível e à custa de todos os artifícios possíveis (Concone, 1983).

É evidente, nos depoimentos, a necessidade de eliminar no cadáver qualquer identidade humana, pois o reconhecimento de humanidade neles tornaria a atividade impossível – fato bastante explicitado através do efeito impactante que a face, a fisionomia, invoca nos estudantes.

Sendo assim, promover a operação de transformação do “morto pessoa” em “morto boneco” faz parte da estratégia institucional para minimizar o impacto com o cadáver. Tal estratégia se inicia levando os alunos a trabalharem primeiramente com ossos, depois estruturas, todas fixadas em formol, as chamadas “peças anatômicas” ou “peças de trabalho”. Depois partem para o corpo inteiro, que às vezes, de tão formolizado, encontra-se desfigurado. Nas palavras dos alunos: “parecem bonecos”, “você não vê como uma pessoa vê como um objeto de estudo”. Essa operação, assegura Concone (1983), é também facilitada pela ausência de identidade social e pessoal, ou atribuindo-lhe uma humanidade tão genérica (indigentes), que os mesmos resultados são obtidos.

Os estudantes assimilam a estratégia institucional e inventam uma estratégia pessoal para dificultar que a identidade do morto ou sua humanidade se insinue – a evitação da face. Eles precisam esquecer essa dimensão para se acostumarem com a morte, ou melhor, com o morto – o cadáver. “Olhar para o lado”, “cobrir o rosto”, faz parte da iniciação em anatomia.

Os exemplos selecionados nesse momento representam essas mesmas estratégias, mas demonstram que, apesar desses depoentes descreverem menos impacto inicial com o cadáver, acreditando estar este fato relacionado à visitas anteriores ao anatômico, eles também acentuam a lembrança não desejada e necessariamente evitada que a face desperta.

“Bem, antes de entrar no curso eu **já tinha vindo visitar o anatômico**, eu pensei até que não fosse ver com tanta naturalidade, mas **consegui ver com naturalidade**. Eu tentei

não me envolver tanto assim, tentei manter o respeito por aquele cadáver mas **não estava a todo momento pensando que era uma pessoa, via mais assim como um objeto de estudo mesmo.** Assim, quando você tá diante de um cadáver completo, você de um certo modo sente mais o efeito assim, consegue relacionar a uma vida, **quando é uma peça você dissocia mais assim.** Assim, a gente **começa a dissecar o dorso, então a gente pensa nas técnicas, estruturas, não vê como uma vida. O que fazia lembrar mais que foi um ser vivo e teve uma família, era a face.** Vai indo e a gente desmitifica o cadáver, encara diferente das outras pessoas, acho que é por isso que tem gente que bate fotos para impressionar outros.” [Fragmento de entrevista – Carmen - 5º Ano/9º período]

“Já, a gente já tinha passado uma vez no anatômico pra conhecer. Quando eu tava na oitava série eu passei, e quando eu tava no terceiro ano eu passei também pra conhecer o anatômico. Aí assim, **não me espantei muito não, mas tinha gente que se espantava, que achava horrível... parece um boneco** entendeu? Mesmo a fisionomia. Assim, **quando o olho do paciente era aberto aí trazia uma lembrança maior de uma pessoa,** era mais não sei...mas quando a peça tava com o olho fechado então não ligava tanto.” [Fragmento de entrevista – Ricardo – residente 1]

O que se procura, no primeiro contato, é eliminar qualquer vestígio humano do cadáver, pois este faria lembrar a transitoriedade da vida, o que poderia ser angustiante. Aquele cadáver que estava para ser dissecado simbolizava a vida em seu ponto final; representava alguém que respirava, trabalhava e ria. Numa palavra, representava alguém que vivia, como viviam os estudantes que estavam à sua frente e que um dia viriam a morrer (Quintana *et al.*, 2002).

O vínculo com a humanidade deve ser rompido, sob o argumento de evitar identificações e possíveis sofrimentos. Por isso, pequenos sinais no cadáver que possam insinuar elementos de identidade são evitados para

não dificultar o trabalho do aluno. Afinal, nossa imagem aparece espelhada naquilo que vemos.

Observemos o depoimento exemplificado.

“Você não lembra que é um ser humano quando você vê só a perna, mas quando você vê ele inteiro, pele cobrindo, olho fechado, principalmente o rosto, você fica pensando o que foi a vida daquela pessoa né? Tinha um lá que tinha uma tatuagem, aí a gente pensa mesmo.” [Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º Ano/8º período]

É possível inferir que o processo de dissociação corpo-mente e a dessubjetivação dos pacientes no exercício da biomedicina têm seu primeiro modelo no treinamento obtido com os cadáveres, conforme afirmou uma aluna: “quando é peça você dissocia mais”.

Alguns depoimentos defendem que o ensino da Anatomia seja revisto, ou seja, que se dê um suporte emocional para os estudantes, para que uma possível postura de frieza não seja resultado de uma prática formativa. Por exemplo:

“E a dissecação é muito assim, você tem um aprendizado fantástico, eu acho que tem que ter a dissecação, não adianta, não existe medicina sem dissecação. Mas a forma de ensinar tinha que ser diferente. Não é bem a forma, eu não sei, mas ter um espaço pra gente falar sobre as emoções, sabe? É um choque o começo. Parece que é pra gente ver o que vai enfrentar pela frente, e ir se acostumando. Eu era muito nova, era pra ser diferente, é tudo frio demais e a gente pode ficar assim também.” [Fragmento de entrevista – Cecília - 5º ano/10º período]

A Anatomia, falando no respeito genérico e desmitificando a morte, erige um dos pilares da visão médica da morte: a presença da morte enquanto ocorrência biológica, enquanto fim de um processo vital e início de

uma série de fenômenos e de novos processos vitais, sem menção nem lugar para os conteúdos simbólicos, existenciais. Ensina um modelo de relação na qual uma das partes não tem nem voz, emoção ou reação, em que não se precisam, nem se permitem sinais do humano que há em nós.

Esboçamos um esquema analítico desse processo de iniciação do “ser médico”: a Anatomia.

ANATOMIA

5.3. Do cadáver ao primeiro paciente à morte: uma questão de envolvimento e comunicação

A porta da verdade estava aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez. Assim, não era possível atingir toda a verdade, porque a meia pessoa que entrava só trazia o perfil da meia-verdade. E sua segunda metade voltava igualmente com meio perfil. E os meios perfis não coincidiam. Arrebataram a porta. Derrubaram a porta. Chegaram ao lugar luminoso onde a verdade esplendia seus fogos. Era dividida em duas metades diferentes uma da outra. Chegou-se a discutir qual a metade mais bela. Nenhuma das duas era totalmente bela. E carecia optar. Cada um optou conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

Retomar a abordagem do tema da morte ao longo do curso médico e o enfrentamento das aulas de Anatomia se faz necessário para chegarmos às “verdades” abraçadas pelos estudantes/residentes de medicina sobre o “ser médico” e sua relação com a morte.

Buscamos responder: que pressupostos, conceitos e evidências em torno do lidar com o processo de morte de um paciente são assimilados pelos entrevistados em sua formação médica? As concepções que emergem dos discursos dos estudantes/residentes se articulam com as proposições legitimadas como verdades na formação médica?

Na construção do “ser médico”, os discursos dos estudantes e residentes revelam os argumentos assimilados e os conflitos experimentados na apropriação do discurso médico, permitindo-nos compreender a perspectiva com a qual exercerá, em sua prática médica, o

enfrentamento da morte de um paciente. Isso, tendo em vista que é na linguagem que o estudante estrutura a experiência e poderá constituí-la para além de um olhar anátomo-clínico, constituindo um dos mais poderosos meios do mútuo engendramento de sujeitos e mundo (Ayres, 2001).

Apesar do silêncio imposto social e academicamente em torno da morte, evidenciado em assertivas como: “não se fala em morte, a não ser quando acontece perto da gente”, “não se diz essa palavra aqui, diz óbito, alta celestial, êxito letal”. Apesar do pouco preparo no sentido de um conteúdo formal dentro do processo ensino-aprendizagem dos estudantes para lidarem com a morte, explicitados em sentenças como “a gente tá ali treinando na doença e pronto”, “é muito pouco”, “é como se fosse assim: o meu paciente nunca morre”; o ensino de algumas atitudes frente à morte é realizado. A ideologia médica vai se incorporando nas conversas dos corredores, nos contatos com os outros colegas, nos significados implícitos das interdições, nos atos observados e imitados.

Autores como Botega *et al.* (1977), Dickinson *et al.* (1999), Quintana *et al.* (2002) defendem que atitudes frente à morte parecem ser moldadas pela experiência e pela prática profissional. No entanto, Troncon *et al.* (2003) asseguram que, apesar disso, seus estudos refletem um panorama educacional caracterizado por escassas oportunidades formativas de aspectos relativos à morte e ao morrer durante a graduação. Fato também percebido em nossa pesquisa.

Talvez o que Troncon *et al.* (2003) e nossos achados apontem seja a ausência ou um número pequeno de oportunidades de aprendizado de

práticas humanizadas ou rehumanizadas no enfrentamento do processo de morte. Pois estas fazem parte de um horizonte que vem emergindo nas últimas décadas, tentando construir consensos e legitimar-se, reclamando a validação de proposições, cujos sentidos e significados se originem promovendo o entendimento entre os sujeitos. Em outras palavras, implica um saber compreensivo, orientado pelas relações parte-todo e motivado por interesses práticos (Habermas, 1988). Essa perspectiva convive ao mesmo tempo com o extraordinário lugar que a discursividade constatativa da tecnociência ocupa no ensino médico.

Reclamam, portanto, a possibilidade de concretização do ideário que configura, no caso de nossa pesquisa, o horizonte normativo desejado: ser um bom médico, sendo técnico e humano na doença e na morte. O que significa a presença da tecnociência aliada às habilidades ou disposições humanistas e a competência comunicativa – pilares para uma boa relação médico-paciente, condições indispensáveis ao alcance das concepções que emergem dos discursos dos estudantes/residentes sobre o papel do médico no processo de morte de um paciente: evitar a chegada da morte, qualidade de morte (conforto físico e conforto emocional), comunicação qualificada com a família, ficar até o fim e seguir a rotina médica naturalmente após a morte do paciente.

O percurso que realizamos até o momento permite afirmar que as aulas de Anatomia inauguram o espaço diferenciador do “ser médico” do não-médico. Ali temos a presença dos elementos atitudinais fundamentais para configurar a instituição médica e construir atitudes ante a morte.

Foucault (1987) descreve que é possível observar o quanto os excessivos conteúdos de natureza anátomo-fisiológica e os rituais acadêmicos cotidianos conformam o futuro profissional de saúde, adequando-o para esquadrihar, seccionar, observar pontualmente e moldar indivíduos a serem medicalizados. Ou seja, promovem, em conjunto, a separação do olhar técnico-especializado, com sua ação discursiva sobre a doença, das demais dimensões da experiência humana. Concomitantemente, contribuem para a construção dos corpos médicos disciplinados. O saber médico acaba por ser concebido e seu discurso enunciado como independente do corpo que os produzem, superiores ao restante da vivência humana, bem como preparados para se dirigirem a órgãos e tecidos em si, absolutizados e isolados de um sistema mais amplo, de uma história pessoal, de uma cultura e de relações político-sociais.

Temos a morte fundando a clínica, e a partir de então o referencial da clínica médica passa a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença. Doença e lesão estabelecem uma relação de co-dependência, uma necessita da outra para existir (Camargo Jr 1992). O modelo básico dos pressupostos do saber-fazer médico está pronto: a teoria das doenças. E, com o estudo dos cadáveres, promove-se o início do mecanismo dissociativo que começa entre peças e corpos anatômicos, doente e doença e, muitas vezes no futuro, entre médicos e pacientes. Em nome da racionalidade científica moderna se exclui a subjetividade do adoecimento e relega-se o universo subjetivo do sofrer.

Nessa direção, Kovács (2003) enfatiza que, durante a disciplina de Anatomia, no início do curso médico, a doença e a morte são descaracterizadas, e os futuros médicos entram em contato com a morte despersonalizada, devendo reprimir qualquer sensação de repulsa, nojo ou desespero.

Por sua vez, Zaidhaft (1990, p.143), refletindo sobre o estudo dos cadáveres, destaca:

Por seu desamparo e passividade, o cadáver permite aos alunos experimentar a sensação de poder absoluto. A relação mantida com o cadáver é registrada e se torna a relação ideal, que será buscada anos depois no encontro com os paciente.

O estudo da anatomia ensina e estimula mediante exemplos, mimetismos e discursos, como reprimir e distanciar emoções, sentimentos e como desenvolver estratégias para não entrar em contato com a humanidade do cadáver (*“não olhar para a face”*). Um constante aprendizado de negação da morte, da dor, da capacidade de envolver-se, de vincular-se.

“Tem que agüentar”, “vai ser médico não pode sofrer”, “se cada paciente que morrer você ficar sofrendo larga a medicina”, “é apenas um objeto de estudo, não é uma vida” são alguns dos discursos revelados por nossos alunos e que devem ser introjetados na práticas dos Asclepiades. Discursos coercitivos que buscam validar-se focando sua pretensão de verdade científica exclusivamente na competência técnica e na objetividade, colocando a verdade sobre a doença, o sofrer, a saúde e o morrer nas mãos

e bocas das ciências médicas. A introjeção desses discursos vai configurando a primeira proposição a ser assimilada como verdade: “não pode envolver com o cadáver e não pode se envolver *muito* com o paciente”

Entretanto, constatamos que diante da racionalidade da biomedicina, que se apóia na cientificidade do estudo da morte destituído de subjetividade, temos também um olhar que busca a humanização ou rehumanização dessa mesma racionalidade.

Falamos do desafio colocado pelo movimento de humanização das práticas em saúde, pela rehumanização do processo de morte, pela humanização do ensino médico. Desafio presente no ideário dos entrevistados e no horizonte normativo dos currículos novos, que procuram também sua validação, pleiteando um diálogo permeável entre meios técnicos e não-técnicos no saber-fazer médico, que permitam à normatividade morfofuncional das tecnociências médicas dialogar com uma normatividade de outra ordem, oriunda do mundo da vida (Habermas, 1989).

É uma referência ao mundo enquanto mundo vivido, tanto em sua cotidianidade, quanto em sua condição de *a priori* de todos os mundos e do mundo comum de todos. Desafio este que debruça grande parte de sua atenção na natureza da comunicação entre médicos e pacientes.

Esse tipo de horizonte, por sua vez, vem sendo responsável pela legitimidade de uma proposição que advoga, no manejo clínico diante da morte, a comunicação verdadeira, clara e atenciosa sobre o diagnóstico,

gravidade e prognóstico dos pacientes, sintetizada na expressão: “Tem que comunicar a notícia ruim”.

Segundo os estudantes: “tem que falar a verdade é o que eles (os professores) dizem” (Fernanda, **4º ano** /8º período), “ a pessoa tem saber de sua gravidade para ajudar no tratamento, decidir junto algumas coisas e principalmente resolver suas questões antes de morrer” (Sofia, **6º ano** /12º período), se eu quero ser um médico humano tenho que dar a notícia ruim ao meu paciente e ficar junto dele até o fim, mas não é fácil” (Ricardo, **residente 1**).

Para se tornar médico e saber lidar com o processo de morte de um paciente, “*Não pode se envolver muito!*” e “*Tem que comunicar a notícia ruim!*” são proposições determinantes, que eles precisam perseguir, que por sua vez são consumadas na expressão “Tem que se acostumar!”, que se articulam, por vezes gerando alguns paradoxos.

Segue um pequeno esboço analítico dessa relação, cujo detalhamento iremos realizar comentando as proposições introjetadas como “as verdades” médicas:

O argumento utilizado para defesa da primeira proposição, “Não pode se envolver muito!” é a evitação do sofrimento do médico. É preciso protegê-lo de suas próprias emoções desde o contato com o cadáver, para que ele enfrente sem sofrimento a morte de seu paciente.

A exclusão das emoções é transformada numa técnica científica, necessária ao bom desempenho do médico. A pretensão de “neutralidade” é a justificativa para tal exigência.

Na medida em que o médico se despoja de suas emoções, usando como escudo uma pretensa “neutralidade científica”, o paciente é

transformado num objeto e seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar “fenômenos” científicos (Quintana *et al.*, 2002).

Autores como Concone (1983), Perazzo (1985), Leão (1994) e Kovács (2003) se referem à formação médica como um treinamento que objetiva retirar do aluno quaisquer resquícios de emoção diante do paciente, fazendo com que ele seja visto como uma doença e não como uma pessoa. Foucault (1987) já nos ensinou sobre a configuração desse processo, e nossos alunos, descrevendo suas reações nas aulas de Anatomia, apontam essa perspectiva. Vejamos um exemplo:

“No primeiro momento você reflete um pouquinho, você olha assim, ali é um braço, é uma perna, uma cabeça que foi de alguém, quem deveria ser essa pessoa, daí agente entra olha o rosto que lembra mais, **não pode se envolver com isso, aí com o tempo a gente se acostuma mais sabe, que tem o lado bom e o lado ruim, o lado bom é você se acostumar um pouco porque você precisa trabalhar com aquilo, mas o lado ruim é que você vai se tornando mais frio pra lidar com as coisas, né, pra lidar com essas questões difíceis aí, vai ficando mais frio e começa a ver o ser humano não como ser humano, mas como uma máquina. Depois você vê o paciente também como um objeto de estudo, uma máquina que tem o coração batendo. Aí o médico precisa rever essa postura, senão ele vai ficar desumano.**”
[Fragmento de entrevista - Felipe - 4ºano /8º período]

O aluno argumenta que é preciso desmitificar a morte, é preciso esquecer o morto, para se acostumar e trabalhar com “aquilo”, mas teme chegar pelo hábito, à mesma frieza necessária com o cadáver, diante de seu paciente em “situações difíceis”. “Aquilo” é o cadáver, as “situações difíceis” são os sofrimentos e a morte do paciente, representando o “isso” com o qual não podem se envolver. Termina sua fala refletindo sobre a necessidade de

rever a postura mecanicista, sob o risco de se desumanizar. Nessa direção, Martins (2004, p. 27) afirma que nosso corpo não se encaixa na abstração da máquina, senão ao preço de grandes perdas.

O exemplo abaixo segue a mesma direção e revela o quanto eles introjetam a necessidade de não se envolverem muito no sofrimento do paciente, para conseguirem ser médicos. Assimilam que é preciso “agüentar” os choques iniciais nas aulas de anatomia, como parte do aprendizado da formação para lidar com o paciente à morte no futuro. Eis o depoimento:

“Eu acho que é como se fosse meio de propósito, não sei, **querem dar um choque e que a gente fique frio pra poder agüentar**, eu acho que em certo ponto agente tem que ter, não é nem uma frieza, eu acho que tem ser um controle uma estabilidade. Porque se você absorver tudo o que o paciente tiver passando, no desespero, ou se chorar, **se envolver muito, você não consegue ficar de fora pra resolver. E o paciente que for morrer então, aí é que você não agüenta**. É que eu acho que isso é necessário **mas esse choque que eles dão na gente é exagero. Não justifica não**. Eu quero entender, mas acho que não justifica, não.” [Fragmento da entrevista – Fernanda 4º ano/8º período]

A aluna reconhece a proposição (“Não pode se envolver muito”) mas critica os meios usados na condução das aulas de Anatomia para validação da constatação de que o sofrimento do médico seria incompatível com o exercício da medicina. Aceita o modelo a ser introjetado, afinal, quer ser médica. Retrata a busca por um equilíbrio nesse envolver-se.

Em nossos achados, a prescrição absoluta “Não se envolver!” parece que vem sendo relativizada para “Não se envolver muito”, como afirmou uma aluna: *“É raro mas aqui acolá tem um professor que diz para não se envolver*

de jeito nenhum, a maioria tá preocupada que agente não se envolva muito, mas não ensina como fazer né? A gente vê mesmo é muita frieza por aí”.

Cabe destacar que os estudos anteriores de Concone (1983) e Zaidafht (1990) apontaram para a prescrição do não se envolver com o paciente como a condição primeira para tornar-se médico. Ocorre que o fato de estarmos atualmente num cenário de um ensino médico que, nas últimas décadas, vem se debruçando sobre a relação médico-paciente, justifica a legitimidade da proposição “Não pode se envolver **muito!**”, insinuando algum tipo de envolvimento, e da proposição “Tem que comunicar a notícia ruim”, cuja qualidade de comunicação prescinde da qualidade da relação médico-paciente para se estabelecer.

Diante das proposições, os alunos nos revelam suas justificativas, seus temores, e os paradoxos com que se deparam no (des)encontro do discurso com a prática. Eles comentam a assertiva “o médico não deve envolver-se emocionalmente com o paciente”, ilustrando o percurso para legitimar a primeira proposição. Ao responderem à questão sobre como é abordada a interação do médico com paciente à morte durante a formação, os entrevistados remetem à importância atribuída ao comunicar sobre a morte com o paciente.

Começamos pela questão do envolvimento com o seguinte depoimento:

“Não é que o médico não deva se envolver com o paciente, eu acho que **ele não deve demonstrar pro paciente um sentimento muito grande**, ele deve sim se envolver emocionalmente com o paciente, se importar com a vida do

paciente, se importar com a doença do paciente, mas não mostrar pra o paciente que tá tão preocupado com isso, **isso é mais assim, o que eles tentam passar pra gente**. Tem que ter um certo cuidado em relação a essa demonstração desse sentimento. **Então é difícil se preparar assim, separar o que eu sinto do que eu vou passar, do que eu vou expressar, fica complicado pra mim.**” [Fragmento da entrevista - Deborah - 2º ano/ 4º período]

Desde os primeiros anos, temos a presença forte da repressão de sentimentos e da expressão deles. Precisa-se lidar naturalmente com o sofrimento do outro, sem emoções. Assim como acontece no início com um corpo sem vida. A referida aluna, comentando sobre o cadáver, dizia: *“Tem que agir naturalmente, o cadáver é nosso primeiro paciente”*. Demonstra a associação que começa a ser estabelecida e perseguida durante o ensino médico. Para agir naturalmente, é preciso distanciar-se da subjetividade do corpo morto, depois do paciente vivo, para que os próprios sentimentos não surjam; e, se surgirem, a ordem é disfarçá-los, reprimi-los.

Medo de misturar-se, mesclar-se, confundir-se. Sim, faz sentido. Para poder ver o outro (o paciente) enquanto outro, é necessário que se tenha certa noção da própria identidade, da identidade do outro, dos limites entre ambos – mesmo que isto não se consiga de modo absoluto e nem durante toda a duração do encontro com o outro, é esperado que o médico, ou qualquer pessoa, atinja essa maturidade em seu desenvolvimento emocional (Zaidhaft, 1990).

“Eu acho que do mesmo que existe outra citação na medicina que é, na medicina **nem nunca e nem sempre, essa citação aí do não poder se envolver é meio radical**, porque não tem como você não se envolver emocionalmente com o paciente, porque no momento que chegar no seu consultório é um problema seu, então você tem que procurar resolver, eu diria **que a frase seria mais bem elaborada se fosse, o**

médico não deve se envolver muito com o paciente, tem que se envolver emocionalmente mas tem que ter um limite pra aquela relação médico-paciente ser 100% eficaz. Então ele deve se envolver emocionalmente até porque essa emoção vai acabar levando a que ele se cobre mais e se dedique mais ao paciente, **mas ele também não pode deixar que essa emoção seja demasiada e acabe atrapalhando as suas atitudes para com esse paciente ou até mesmo para com os outros pacientes ou outras pessoas do seu convívio.** [Fragmento da entrevista – Tibério - 3º ano /5º período]

“Eu acho que tem que ter algum tipo de envolvimento. Eu acho que você não pode se envolver demais, eu acho que tem que ter um certo envolvimento porque senão você não vai conseguir a empatia. Pelo menos os médicos que eu considero bons, tem um certo vínculo com o paciente, mas ele também tem que saber até quando se envolver, tanto para o paciente e também pra mim. Eu quero oncologia, eu vou ter 70 pacientes, por exemplo, num todo, hospital, consultório, ambulatório, imagine se todo paciente que morrer eu morrer junto. Eu não vou ter mais vida.” [Fragmento da entrevista – Sonia - 5º ano/10º período]

Como buscar esse equilíbrio? Ele é ensinado, acompanhado, possibilitado de alguma forma? Vejamos alguns diálogos das entrevistas que respondem por si só essa questão.

Entrevistadora: – “Gostaria que você comentasse a frase:: o médico não deve se envolver emocionalmente com o paciente”.

Taciana 3ºano/5ºperíodo: - “Eu acho que deve se envolver, não tanto a ponto daquilo prejudicar o que ele tá fazendo que no momento que ele se envolve demais, se o paciente piora ele vai se sentir abalado, mas eu acho que você também **não pode ser aquela coisa fria e distante**, só o médico e o paciente e cada um pro seu lado. Eu acho importante se aproximar, conhecer, saber da vida daquela pessoa, saber o que ela tá sentindo, se aproximar o máximo possível e se envolver emocionalmente com ele, eu acho que é importante, **eu acho que o afeto do paciente em relação ao médico e do médico em relação ao paciente ele melhora mais do que poderia piorar o tratamento dele. Tem que saber ter um equilíbrio no envolvimento.**”

Entrevistadora: - “Como você aprende a desenvolver esse equilíbrio? O curso ajuda?”

Taciana 3ºano/5ºperíodo: - “Eu acho que se for uma questão de aprender **é muito pouco, eu acho que realmente é de cada um**. É tanto que é das características do próprio estudante, tem uns que se envolvem bem mais com o paciente, outros que não assim é aquela coisa bem formal, e realmente **não é uma coisa ensinada é uma coisa que vem de cada um**”

Entrevistadora: – “Gostaria que você comentasse a frase:: o médico não deve se envolver emocionalmente com o paciente”.

Fernanda 4º ano/8º período: - “**o envolvimento ajuda a desenvolver uma boa relação**, porque na hora que não tem um envolvimento desses, porque se você tá cuidando de uma pessoa você se envolve, se você tiver lidando com um fígado você não vai se envolver com um fígado, eu vejo desse jeito, na hora que você não se envolve com o paciente de jeito nenhum, você tá tratando só de um fígado doente e pronto, o fígado não tem família, sentimentos. “

Entrevistadora: - “Como você aprende a desenvolver esse equilíbrio? O curso ajuda?”

Fernanda 4º ano/8º período: - “**Se der sorte de pegar um bom exemplo, mas é muito de professor pra professor, é uma coisa sempre muito pessoal isso**. Tem gente que **a gente descarta e tem gente que a gente segue**, assim... é isso que eu tenho feito, tem professores que passam uma coisa, e eu falo que coisa bonita quero fazer assim. **Se eu vou conseguir é outra coisa. Deus me proteja!**”

O “ocultamento da morte” na grande maioria dos currículos médicos e o difícil lugar das Humanidades Médicas na formação médica se devem, em parte, ao fato de ainda serem legitimados, como saberes verdadeiros, apenas os saberes biológicos.

O não-reconhecimento do desenvolvimento dessa habilidade como uma competência do ensino médico é evidente nas falas. Qualquer semelhança com o que diz o poeta não é coincidência: “*o acaso*” (“Se der sorte pegar um bom exemplo”, ou “Deus em proteja”) *vai nos proteger*

enquanto eu (e a formação médica) *andar distraído*⁸. Nesse roteiro, não se envolver pode ser o mecanismo de proteção a ser utilizado.

Zaidafth (1990) e Quitana *et al.* (2002) defendem que há uma exclusão intencional da temática da morte nos estudos médicos que se fundamenta na idéia explicitada por alunos e profissionais da área de saúde, por eles observada: estamos numa profissão na qual convivemos com a doença e a morte e, se permitimos que *aquilo* (grifo nosso) que acontece nos pacientes nos “toque”, acabaríamos loucos e não conseguiriam exercer nossas funções” (p. 26).

É forte na voz dos estudante/residentes entrevistados o medo de sucumbir frente à dor do outro. Querem se envolver e apontam as positivities dessa atitude para o desenvolvimento de uma boa relação, condizente com os ideais de uma relação humanizada já referida por eles, mas precisam encontrar caminhos para alcançar o equilíbrio necessário, que permita “estar junto” sem frieza e com humanidade.

Porém alguns alunos, não por acaso – um no final do curso e outro residente – nos dão pistas de que, diante do despreparo para enfrentar com o equilíbrio desejado as situações de acompanhamento de morte de um paciente, a aceitação do distanciamento como estratégia eficaz de enfrentamento (usada antes na anatomia) é reiterada. Da mesma forma, o encaminhamento para psicólogos de pacientes com demandas de sofrimento não físicos é considerado o procedimento mais acertado. Tal como uma das cenas citadas na introdução desta tese, na qual o paciente

⁸ Trecho da música Epitáfio, Titãs.

aborda seu médico para saber da gravidade de seu estado e o médico pede que o mesmo converse com sua psicóloga. Assim, vemos aqui o futuro repetindo o passado.

São algumas das atitudes dos alunos que concordam com a frase (mesmo fazendo ponderações): “o médico não deve se envolver emocionalmente com o paciente”.

Vejamos mais alguns trechos:

“Eu acho correto, até certo ponto. Eu concordo porque é a mesma coisa pro psicólogo, **se você ficar sofrendo junto com o paciente o tempo todo você não aguenta.** É, levar essa carga emocional junto com você o tempo todo, você não vai conseguir ser uma pessoa feliz, se toda vez que eu for na Liga e eu voltar pra casa, eu vou ficar chorando.. Eu não posso ser assim. É. É pra você saber o que tá se passando na vida dele, que tá sendo difícil, que aquilo ali se eu puder melhorar é pro paciente, **agora se eu não posso melhorar aquilo, tem que realmente sabe, ter essa frieza, abstrair, pronto, aquilo ali passou.** Lá na Liga eu acho muito legal que tem psicólogo, e a gente não consegue assim, tem a psicologia. **Então você notou que tem alguma coisa ali, chama o psicólogo ele vai lá conversar, é uma forma de poder ajudá-lo. O médico poder ajudar chamando o psicólogo que vai poder ajudar muito mais, entendeu? E aí você desliga a partir daí.** Eu não acho certo a pessoa ficar carregando não. Mas se a pessoa consegue. Tem médico lá na Liga contra o Câncer que é bonito de ver, mas eu tenho dificuldade.” [Fragmento da entrevista – Clara - 5º ano/10º período]

“Não deve se envolver. Acho que o ideal seria o relacionamento ser apenas profissional mesmo, que a partir do momento que criar amizade, acho que isso aí não é bom não, **apesar de às vezes acontecer, mesmo sem querer, acontece.”** [Fragmento da entrevista – Rodrigo, residente 2]

O primeiro depoimento exemplifica uma aluna que, diante do perigo de um envolvimento que poderia escapar a seu controle, por não dispor de ferramentas adequadas para lidar com ele, opta por encaminhar seu

paciente para quem possa ajudar, mas revela a admiração pelo profissional de medicina que consiga fazê-lo.

Já no segundo depoimento o residente se opõe ao envolvimento. Para ele o envolvimento é visto como o tão temido por eles – sofrer junto, e não como compreender o sofrimento do outro, mas ele admite que “mesmo sem querer, acontece”. Ou seja, por mais que o médico tente se “dessubjetivar”, a fim de se proteger do sofrimento de seu paciente, do seu “toque”; apesar de buscar se vacinar da morte se habituando a ela, não é psicologicamente viável o tempo todo o afastamento da própria subjetividade e da intersubjetividade provocada no contato com outro. Afinal quem está vivo não perde sua subjetividade e sua relação mesmo com os objetos, humanos ou não.

Cabe refletirmos sobre como se articulam as orientações recebidas pelos alunos em relação à questão do envolvimento e às concepções almejadas por eles em torno do lidar com o processo de morte de um paciente.

De um lado, os argumentos dos discursos emitidos para não se envolver muito, representando um envolvimento com equilíbrio, são coerentes com os valores almejados pelos depoentes para uma relação médico-paciente humanizada diante da morte. Mas os senões do “se envolver muito” apontam para o peso coercitivo que legitima o temor do envolvimento, justificando atitudes de distanciamento dos pacientes à morte, principalmente num contexto de pouco investimento na direção do

aprendizado de habilidades humanistas que dêem conta do domínio emocional.

O medo do sofrimento emocional do paciente pode promover o distanciamento e a conseqüente não-realização de muitas das concepções desejadas por eles ante a morte de um paciente. Para o sofrimento físico eles têm ferramentas para lidar, são bem treinados, mas faltam-lhes recursos para lidar e até para acreditar na eficácia do próprio potencial simbólico de que eles dispõem.

A fala da maioria afirma o desejo pelo equilíbrio no envolvimento por não desejarem participar de modelos de encontros que tendem a se reduzir à unidimensionalidade conformada por uma leitura tecnocientífica, objetualizadora, onde um é o próprio substrato dos recortes objetuais (o paciente) e o outro aquele que produz e maneja esses recortes (o profissional) (Ayres, 2004b). Por exemplo: *“não pode ser aquela relação só o médico e o paciente e cada um pra um lado”, “na hora que você tá tratando com um paciente, de jeito nenhum você tá tratando só de um fígado e pronto”* (Fernanda - 4ºano/8ºperíodo).

É oportuno neste momento articular a proposição “Não pode se envolver ou “não pode se envolver **muito**” com as concepções desejadas para o enfrentamento do processo da morte dos pacientes (“Evitar a chegada da morte”, “Promover qualidade de morte”, “Comunicação qualificada com a família”, “Ficar até o fim com o paciente” e “Seguir a rotina após a morte”).

Temos a presença de dois cenários. No primeiro, os estudantes desejam não perderem seus pacientes (concepção 1 – **Evitar a chegada da morte**) e que se por acaso isto ocorrer é esperado que não apenas enfrentem a contingência da morte como o façam da maneira julgada correta, isto é, sem abater-se. (concepção 5 – Seguir naturalmente a rotina). Tal exigência impõe, necessariamente, ao médico que adquira uma capacidade de lidar com a morte com naturalidade, como algo familiar, não importa os sentimentos ela lhe inspire. O desenvolvimento das atitudes necessárias a esses aspectos do enfrentamento é garantido ao longo do seu processo de formação, que não por acaso se inicia nas aulas de Anatomia. São concepções que exigem privilegiadamente a utilização de recursos da tecnociência articulando-se perfeitamente com a capacidade de não se envolver.

No segundo cenário ocorre a legitimação da relativização da proposição representada por “não pode se envolver muito”. Esta se articula com as concepções desejadas pelos estudantes/residentes, no enfrentamento da morte, que reclamam por conhecimentos humanísticos e dependem da capacidade de um envolvimento equilibrado entre médicos e pacientes, imprescindíveis para a rehumanização do processo de morte. Estamos falando das seguintes concepções: Concepção 2 - **Promover qualidade de morte** (conforto físico, emocional e comunicação qualificada), Concepção 3 - **Comunicação qualificada com a família** e Concepção 4 - **Ficar até o fim com o paciente**.

Os aspectos relativos ao conforto físico são contemplados pela tecnociência, que independe do envolvimento, mas não o exclui. Reclamam recursos de ordem existencial, simbólica, sem exclusão dos primeiros. É importante salientar que a divisão descrita é artificial. Objetiva apenas destacar os aspectos nos quais esses discursos põem o acento de suas pretensões de validade. No caso das primeiras concepções (1, 5) o acento tecnocientífico prepondera; nas concepções seguintes (2, 3, 4) temos a presença de uma leitura que alia a dimensão dialógica do cuidado, da humanização – portanto, cenários diferentes.

O fato é que, apesar das tentativas de ampliação do horizonte normativo no ensino médico (particularmente na questão da rehumanização do processo de morrer) o isolamento das emoções ainda é a forma privilegiada que a medicina encontrou para fazer frente à armadilha da profissão médica, que é estar quotidianamente em contato com a morte mas, paradoxalmente, não se preparar para lidar com ela.

E os alunos e residentes transitam entre “as verdades” da formação médica e os paradoxos da prática desejada.

Como ser um bom médico, técnico e humano diante da morte de um paciente, sem se envolver com este? Ou, como se envolver com equilíbrio, não se envolver *muito* com oportunidades de aprendizados tão escassas no ensino médico? Como construir um percurso que alie tecnociência e cuidado perante a morte de um paciente com a presença de um acento na formação médica tão baseada no distanciamento, do cadáver ao paciente à morte?

Como dar a notícia ruim, num encontro humanizado, sem se envolver com o outro?

Ter que dar a notícia ruim, de forma humanizada, é uma proposição que depende do alcance da proposição: “Não pode se envolver muito”, especificamente o subtexto: envolver-se com equilíbrio. Ambas assimiladas e igualmente compatíveis com um horizonte normativo humanizado e dependente de um contexto formador que facilite seu desenvolvimento.

É chegado o momento de desenvolvermos um pouco a segunda proposição: “Tem que dar a notícia ruim!”. Esta encontra sua argumentação na importância atribuída à garantia do direito do paciente e sua família, de saberem sobre sua condição de saúde, doença e iminência de morte, podendo significar o resgate da dimensão dialógica na relação médico-paciente; contribuindo para a humanização no atendimento.

Não por acaso os entrevistados se referem a essa proposição ao responderem sobre a abordagem da relação-paciente diante da morte. Vamos a algumas respostas:

“[...] das coisas que eu acho importante na relação do médico com um paciente grave, à morte, e que agente escuta a maioria dos professores defenderem **é falar a verdade**, mas com jeito. **Como aprender esse jeito ainda não sei não ,pode ser que mais na frente ensinem.** Agora sobre ficar junto dele e da família ,que eu também considero muito, se fala menos.” [Fragmento de entrevista - Diogo - 2º ano/ 3º período]

“Eu acho que a gente **deve também ser honesto** com ele, principalmente quando você trata de doentes que tem o diagnóstico reservado né, acho que é uma parte bastante delicada, saber o que ele espera ou pelo menos da doença, a gente vê muito no dia-a-dia, às vezes o paciente tem uma doença, neoplasma, prognóstico ruim e o paciente não tá

sabendo de nada, eu acho que isso é muito grave, deve sempre tratar com honestidade o paciente e deixá-lo ciente mais ou menos do histórico que você tem em relação a ele né, o que é que você pretende, porque que tá fazendo aquilo, o que é que você pensa, se você quer fazer uma medicina humana tem que levar em conta o que o paciente quer, pensa, tem que conversar com ele. **Mas a formação deixa muito a desejar**, pelo menos nisso não temos um bom suporte, no geral acho que tem mas com pacientes terminais só deixa a desejar.” [Fragmento de entrevista – Rafael – residente]

“dizer sobre o prognóstico reservado, dar uma notícia ruim, faz parte do dia-a-dia do médico, **vai acontecer em alguma hora, e ele tem que dizer, é direito do paciente saber, o paciente confia em você, você não deve enganá-lo; mas dizer a ele mesmo é muito difícil.**” [Fragmento de entrevista- Felipe - 4ºano/8ºperíodo]

Os estudantes e residentes investigados assimilam os argumentos para acatarem a proposição, entendendo que faz parte da atribuição do ser um médico humano a realização de tal tarefa. Mas também revelam que transformar o discurso em ação não é tarefa fácil. Muitas são as dificuldades encontradas pelos estudantes e residentes, que partem do silêncio em torno do cadáver, da necessidade de apartar-se da dimensão intersubjetiva para lidar com ele. Ou seja, com a morte biológica; para o encontro com a proximidade da morte de um paciente, com o lidar com os aspectos existenciais e simbólicos e humanos que o conversar sobre a morte e o morrer demandam, sem um “bom suporte” como lembrou o residente.

A validação de tal proposição encontra sentido num contexto de rehumanização do processo de morte, que se insurge contra a medicalização da morte. Medicalização esta, fruto muitas vezes do avanço desmedido da técnica e das ilusões dos filhos de Asclépio em excluir a

morte da cena médica, que por sua vez representa um contexto que restringe o modelo de atendimento requerido pela citada proposição.

Para não ser meramente técnicos, mas técnicos e humanos como desejam, precisam reencontrar-se com a dimensão intersubjetiva, antes recusada em nome de um tipo de verdade científica. Como já afirmamos, é impossível não comunicar, mas o que esta proposição pretende é lançar mão da linguagem como uma ferramenta ativa de comunicação, que de fato o é.

Para Habermas (1989), a linguagem só existe como um ato. Esse ato criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem que nos faz experimentar o que somos com o encontro com o que não somos, é diálogo (Ayres, 2001). Implica uma abertura para esse outro, uma disposição para o encontro intersubjetivo.

Mas nem sempre esse ato objetiva o entendimento intersubjetivo, o compartilhamento de representações simbólicas, típicas do intento de uma racionalidade comunicativa. Pode, sim, apresentar-se como ferramenta pragmática que serve apenas para transmissão de informações técnicas, coerente com o modelo de uma racionalidade instrumental, que busca atingir sua finalidade numa lógica utilitarista, exemplificada na fala de um estudante: *“tenho que dizer a verdade para o paciente ajudar no tratamento”* (Fragmento de entrevista - João - 5º ano/10º período).

Ora, com o método anátomo-clínico e o desenvolvimento da medicina científica, cresceu o saber sobre as doenças e incluiu-se uma questão

delicada no campo da linguagem – dizer a doença e dizê-la ao doente (Cembranelli, 2005).

A medicina, apoiando-se na positividade das ciências biomédicas, fundamentou-se na dissociação progressiva entre a doença e o doente, guiada por comportamentos que se baseiam em padrões universalmente aferíveis, mais do que na singularidade de cada caso. Seguiu esquecendo que seu “objeto” é um paciente concreto, real, que ultrapassa em complexidade os esquemas orgânicos físico-químicos, orgânicos e fisiopatológicos que enquanto ciência pode abarcar.

A vida só tem sentido na pessoa humana individualizada. A abstração da doença leva a uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana a consciência da fragilidade, a certeza da morte (Koifman, 2001).

De acordo com Martins (2004, p. 25), essa crença apenas na “verdade científica” de medicina tecnocientífica

faz com que o médico acredite que pode, ou mesmo deve, se dar ao direito de invadir a autonomia do indivíduo para lhe impor a ‘verdade’. Ou ao menos, o discurso da verdade científica é que lhe serve de álibi para o exercício de poder sobre o paciente [...] faz com que o paciente passe a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes, incondicional. Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo.

A narrativa do paciente é filtrada e o diálogo é reduzido à busca objetiva de informações (Deslandes, 2004). Nesses casos, a relação médico-paciente é meramente instrumental e sua dimensão intersubjetiva totalmente danificada.

Assim ocorre o controle médico sobre o corpo das pessoas, sobre o direito de viver e como viver, sobre o direito de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. É a medicalização da vida e da morte, com a constante negação da existência desta última.

Em cenários como esses, o acompanhamento do processo de morte por parte dos médicos fica restrito aos procedimentos técnicos na luta contra a morte e a atestar sua ocorrência, como afirmou um aluno: atestar o “êxito letal”. Os pacientes são isolados em sua dor, por vezes cercados de mentiras, como bem ilustra o relato de Tolstoi, em *A morte de Ivan Ilitch*, e as cenas reais de tantos pacientes ainda espalhados na frieza de algumas UTI e leitos hospitalares. Segue um excerto de Tólstoi (2005, p.60), sobre este aspecto:

O principal tomento de Ivan Ilitch era a mentira, aquela mentira aceita por todos, não sabia por que, de que ele estava apenas doente e não moribundo e que bastava que se mantivesse calmo e tratasse, para que tudo se resolvesse. E, no entanto, sabia perfeitamente que por mais que fizessem, tudo redundaria apenas em sofrimentos ainda mais terríveis e na morte. E essa mentira o atormentava; sofria pelo fato de não quererem admitir o que todos viam tão bem, assim como ele próprio, pelo fato de mentirem, obrigando-o a tomar ele próprio parte naquela farsa. O fingimento em que incorriam relativamente à sua pessoa às vésperas de sua morte, aquela mentira que rebaixava o ato formidável e solene da sua morte ao nível das visitas, das cortinas, dos jantares finos que os preocupavam, era atrozmente dolorosa para Ivan Ilitch. [...] Essa mentira que reinava à sua volta e em si

mesma envenenava mais que qualquer outra coisa os últimos dias de Ivan Ilich.

O movimento da “boa morte” ou da rehumanização da morte ergue-se contra a morte medicalizada e defendendo que as pessoas possam se preparar para morrer, possam decidir sobre si mesmas também nessa hora. Trata-se da ressituação do paciente enquanto sujeito de seu processo de vida-saúde-adoecimento-morte, cujo objetivo principal é a intervenção terapêutica. As iniciativas de humanização na medicina, na assistência à saúde de uma maneira geral também caminham nesse sentido.

Deslandes (2004, p.4) resume o resultado de sua análise documental sobre a humanização, afirmando:

Finalmente, como costura de todas as demandas e problemas diagnosticados, os documentos apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional.

Dar voz aos pacientes e profissionais, reconhecer suas demandas subjetivas, emocionais, significa retirá-los de um modelo teórico-prático que, ao advogar a abstração da doença, promove o exercício de uma tecnociência, tão-somente. Trata-se da possibilidade de resgate da rehumanização dessa relação, ampliação e reencontro de horizontes no seu fazer médico.

A expressão conclusiva “Sem comunicação, não há humanização” (Brasil/MS, 2000) encontra eco nos depoimentos de nossos entrevistados. Dando voz aos estudantes e residentes, verificamos que “ter que comunicar a notícia ruim”, por ser um direito do paciente e uma atitude humana desejada e valorizada por eles, articula-se perfeitamente com o que eles consideram correto no enfrentamento do processo de morte de um paciente, principalmente para aqueles papéis em que a dimensão humana é condição imprescindível para sua eficácia. Sem excluir tal dimensão das concepções 1 (evitar a morte) e 5 (seguir a rotina), devemos salientar que o acento quanto à importância da qualidade da comunicação encontra-se explicitado nas outras concepções (2, 3 e 4)

A Concepção 2 (Qualidade de morte) abrange o conforto físico, o aspecto conforto emocional, compreendido como dependente de disposições humanísticas e a comunicação qualificada, que por sua vez foi explicitada pelos depoentes como uma comunicação clara e transparente. Ou seja, a natureza da comunicação define o seu aspecto humanizante.

Em outras palavras, a comunicação clara se refere a um comunicar que possibilite um fácil entendimento, distante dos jargões técnicos, que são utilizados segundo Ana Pitta (1999) para defender o profissional do contato com seu paciente, implicando um uso instrumental da linguagem que promove o distanciamento e a submissão do mesmo. Já a comunicação transparente significa dizer a verdade – contar propriamente a notícia ruim. Exige, por sua vez, um aprendizado sobre como fazer se não quiser fazer um uso meramente pragmático da linguagem, como exemplifica o aluno:

“eu não quero chegar e dizer assim: - você tem um carcinoma tal, e vamos tratar assim assado. Acho que deve explicar de um jeito que ele entenda, sem mentir, mas tirando as dúvidas, deixar o cara falar dos medos dele, né?” [Fragmento de entrevista - Felipe - 4º ano/8º período]

Tal abordagem significa, na prática médica, um compartilhar entre médicos e pacientes de signos e sensações que compõem os aspectos simbólicos e psicológicos do ser humano. Ou seja, significa preparar-se para ouvir o outro em suas demandas existenciais. Um ouvir que abre espaço para o jogo de perguntas e respostas – permitindo a possibilidade de compartilhar decisões, desejos, últimos projetos, resgatando a autonomia do paciente.

A autonomia é um princípio ético, definido por Fabbro (1999) como respeito à vontade, ao direito de governar-se, participando ativamente dos cuidados a sua vida. Para ele só se pode falar em autonomia quando há compartilhamento de conhecimento e informação, disponibilizando os dados importantes em linguagem acessível para que qualquer decisão possa ser tomada, envolvendo o exercício da competência (Kovács, 2003).

A Concepção 3 (Comunicação qualificada com a família) trata de semelhantes condições, sendo mencionada por alguns como “menos difícil” do que comunicar ao paciente.

No caso da Concepção 4 (Ficar até o fim), desejada por todos e relativizada por alguns como dependente “da capacidade emocional”, revela o quanto a natureza da comunicação verbal ou não-verbal está relacionada

à qualidade do vínculo estabelecido, à capacidade de envolver-se com equilíbrio.

Um contexto que ensina progressivamente o distanciamento das emoções do outro e das próprias emoções poderá ensinar a substituição da aproximação do paciente pela utilização de recursos técnicos disponíveis. Um mecanismo de defesa que explica a evitação do relacionamento com o paciente e “protege” o estudante do sofrimento gerado pela morte.

Contar uma notícia ruim é uma comunicação. É, portanto, possível de ser entendida como um complexo binário conteúdo/comportamento. A notícia ruim em si – ou seja, seu conteúdo – é apenas parte da comunicação. A outra parte é a gama de comportamentos que medeia contar esse conteúdo a alguém. Contar a notícia ruim define uma relação entre as pessoas que participam dessa comunicação (Pereira, 2005).

Ter que dar a notícia ruim, de forma humanizada, é uma proposição que depende do alcance da proposição “Não pode se envolver muito”, especificamente o subtexto, “Envolver-se com equilíbrio”. Ambas assimiladas e igualmente compatíveis com um horizonte normativo humanizado e dependente de um contexto formador que facilite o seu desenvolvimento.

Portanto, contar a notícia ruim a partir de uma motivação balizada pela humanização das relações e do processo de morrer significará disponibilizar-se para um processo de escuta, de ouvir perguntas, de compartilhar dores sem protocolos a orientar. Trata-se de um encontro que radicalmente exige

atenção a sua singularidade, ao fato de estarmos perante um encontro entre pessoas. É preciso ver para além do “caso” a tratar.

Nas palavras de Gadamer (1993, p. 95), “temos de aprender a estender uma ponte entre o teórico que sabe de generalidades, e o prático, que deve modificar a situação sempre única do paciente preocupado”.

Recorrendo a uma leitura habermasiana, é possível assumir que tal motivação é dependente de um tipo específico de ação voltada para o entendimento, a ação comunicativa. Nunes e Nunes (2005), citando Boladeras (1996, p. 182), abordam os requisitos fundamentais para sua ocorrência, a saber: a finalidade da ação deve ser autenticamente expressa no ato de fala, sem subterfúgios; as pretensões de validade dos interlocutores devem poder ser criticadas; o falante e o ouvinte devem ocupar lugares próprios no processo dialógico, de tal maneira que tenham participação num plano de igualdade; e finalmente, a ação comunicativa deve sempre ter a possibilidade implícita de levar a um entendimento racional, baseado na convicção e nunca na coação.

Um contexto que defende práticas humanizadoras na doença e na morte reclama a construção de consensos diversos daqueles exigidos para a validação dos saberes e ações que se restringem à instrumentalidade tecnocientífica com os quais convivem os futuros médicos.

Ocorre que os horizontes dos desejos dos depoentes e as verdades pressupostas por vezes se articulam no dia-a-dia do ensino médico sob coerção (“*senão larga a medicina*”) conformando alguns paradoxos.

Como aprender a dar a notícia ruim com qualidade na comunicação e no envolvimento, diante de uma formação médica que silencia e dificulta o falar sobre emoções e sobre a morte?

No tocante à formação acadêmica em particular, temos um ensino médico que somente nas últimas décadas tem se deparado com a necessidade crescente de reformas curriculares e pedagógicas. Em pleno século XXI, temos as faculdades de medicina treinando um profissional para diagnosticar doenças e restabelecer a saúde, mas não para enfrentar a morte e o morrer.

Quintana *et al.* (2002, p. 208), ao analisarem a maneira como os cursos costumam lidar com a problemática da morte, explicam que essa aparente falta de preparo é, na verdade, uma forma de preparar o aluno para lidar com a problemática através do uso do mecanismo de negação. Eles concluem:

a maneira pela qual o profissional de saúde lida com a morte e o morrer está alicerçada numa falta de elementos técnicos para lidar com situações que despertem fortes emoções, principalmente as de morte de pacientes. Acreditamos que essa carência de técnicas é consequência de um tipo especial de formação do profissional de saúde.

Outros estudos corroboram essa afirmação, como os de Howells (1986), Boemer (1989), Klafke (1991), Rappaport (1993), Vianna e Piccelli (1998), Kovács (2003), Falcão e Lino (2004) e Castro (2004).

Podemos dizer, portanto, que prevalece uma motivação na educação médica na crença numa verdade científica que encontra abrigo na exclusão da subjetividade, cujos discursos coercitivos utilizados diariamente – “se ficar

sofrendo você larga a medicina”. Portanto, “Cuidado, não vá se envolver muito” e “Conte a verdade, mas não vá ficar sofrendo junto” apresentam como efeito perlocucionário um constante aprendizado de negação dos sentimentos, da dimensão simbólica e existencial da morte. É fato, como foi abordado, que esse contexto convive com um outro, cujo horizonte de desejos em relação à morte humanizada reclama por mudanças no universo do saber-fazer médico, na formação médica.

Envolver-se com equilíbrio e comunicar a notícia ruim, mais do que proposições a serem alcançadas no tornar-se médico, são demandas existenciais e simbólicas entre uma pessoa que sofre e outra que se dispõe a ajudar.

Vai sempre existir um encontro entre o saber médico e o sofrimento possibilitado pela doença ou morte (paciente). Ainda que não explicitados, esses domínios vão sempre se encontrar (Schraiber, 1993), embora saibamos que eles podem não se contemplar, não se olhar, passar indiferentes à dor do outro, como nos alertou Gadamer (1993), referindo-se ao olhar contemplativo e “puro” da teoria, de uma verdade voltada para abstração e longe da singularidade.

Os filhos de Esculápio poderão sucumbir ante a destinação prometéica ou lutarão para enfrentar a proximidade e o diálogo com o outro e consigo mesmo. E o poeta nos lembra que as verdades podem ser encontradas também no escuro das cavernas; não apenas fora delas, distante de nós, está a luz. *A cada um carece optar.*

6. DIALOGANDO III: O SER MÉDICO E A MORTE. QUANDO A PRÁTICA QUEIMA OS DEDOS

*Senhoras e Senhores
Trago Boas Novas
Eu vi a cara da morte
E ela estava viva
Eu vi a cara da morte
E ela estava – viva!
Cazuza*

Neste plano analítico, o que está em foco são as experiências dos alunos e residentes em relação ao papel do médico no processo de morte de um paciente ao longo da formação médica. À luz das concepções que eles compartilham, sobre tal enfrentamento e das orientações assimiladas no ensino médico, indagamos: como acontecem as interações intersubjetivas perante a morte de um paciente? São coerentes com o ideal almejado por eles?

A propósito desse plano analítico, procuraremos responder, no decorrer deste capítulo, duas questões: como os entrevistados percebem as interações intersubjetivas norteadoras (professor/aluno; aluno/aluno; professor/paciente; aluno/paciente; aluno/parentes dos pacientes) experimentadas ao longo da formação médica no enfrentamento do processo de morte? Como avaliam sua participação nessas interações, quanto à formação, expressão e realização de seus próprios valores, interesses e afetos relacionados com a experiência da morte na prática médica?

As vozes dos estudantes e residentes indicaram, por um lado, o percurso de suas dificuldades no encontro com a morte e, por outro, algumas pistas capazes de pavimentar novos caminhos no lidar com a dor que envolve a morte na prática médica.

6.1 O encontro com a morte encenada

Os filhos de Asclépio iniciam sua formação no contato com a morte sem subjetividade, história e por vezes “sem rosto”, ao evitarem a face dos cadáveres como estratégia para o enfrentamento dos estudos anatômicos, onde se dá o ensaio para as futuras atuações médicas. Trata-se do encontro com uma morte morta, sem alma. Evitando a face, eles esquecem que ali se carregava vida, ou pelo menos precisam esquecer.

Fato é que, quando eles se encontram na prática com o futuro morto, com a morte encenada, onde corpo, alma, alegrias e dores se apresentam, os conflitos e os paradoxos entre as concepções desejadas para esse enfrentamento e os pressupostos assimilados ganham expressão nas interações intersubjetivas concretamente vividas.

Vejamos como nossos estudantes e residentes descreveram o primeiro contato com a morte de um paciente. Ou seja, como foi o encontro com “a cara da morte viva”? Quais os sentimentos vivenciados nessa situação? E o que fizeram com eles?

Nas entrevistas identificamos que não só o tema morte é evitado, pouco abordado; bem como a experiência com a morte de um paciente, quando acontece, ocorre nos últimos anos do curso, ou algum aluno a presença de forma accidental. A maioria dos alunos até a residência não acompanhou o processo de morte de um paciente. Somente a partir do quinto ano temos relatos de experiências de contato com a morte de pacientes em estágios extracurriculares e curriculares. Ou seja, apenas no internato e na residência surgem as primeiras experiências de fato com a morte de um paciente.

Portanto, na maioria dos depoimentos os entrevistados se remetem aos sentimentos imaginados. Vejamos algumas ilustrações sobre o primeiro contato com a morte nos vários períodos da formação:

“Não tive. Mas eu quero tá preparada pra confortar a família, pra saber o que dizer, e também assim, tá preparada pra me conformar.” [Fragmento de entrevista - Deborah - 2º ano /4º período]

“Acho q dá uma sensação de frustração, de fracasso, impotência, né? Porque a gente tá tentando o tempo todo salvar né, você não tá se preparando pra tratar um paciente que vai morrer, a gente tá sempre esperando, você tá ali pra salvar mesmo. Eu sei que eu ia ficar principalmente se fosse um paciente meu, a minha responsabilidade, o primeiro pensamento que eu tive foi abalada, foi o primeiro, eu espero não agir com tanta frieza, como eu sei que tem gente que age, mas também não pode ficar aquela coisa muito abalada.” [Fragmento de entrevista – Taciana - 3º ano/5º período].

“Já perdi alguns, mas assim, que eu faço muitos estágios, então eu tenho contato com pacientes crônicos, já perdi vários. Dá uma **sensação de derrota** algumas vezes. **Foi no segundo período, eu acompanhava uma médica...** ele tinha um carcinoma, já tinha metástase no corpo quase todo, e ele já tinha amputado essa parte toda, metade da face já tinha sido... **eu passei o plantão inteiro estressada, que eu nunca tinha visto ninguém morrer... Foi a primeira morte**

que eu tive contato...” [Fragmento de entrevista – Cecília - 5º ano/10º período]

“A morte do primeiro paciente que eu perdi, eu **não lembro qual foi, não marcou muito**. Já houve, mas eu não lembro muito não, tem que encarar com naturalidade mesmo.” [Fragmento de entrevista – Rodrigo – **Residente 2**].

Inicialmente os entrevistados citam seus sentimentos de fracasso, derrota, impotência, responsabilidade, tristeza, desejo de confortar. Duas alunas citaram também o desejo de serem confortadas; e dois dos quatro residentes afirmaram não lembrar das primeiras mortes, apesar de não terem tanto tempo de formados.

É oportuno assinalar que, tanto nas entrevistas quanto nas oficinas, à medida que os entrevistados estão falando sobre o enfrentamento da morte de um paciente (vivenciada ou imaginada), vão descrevendo suas várias interações intersubjetivas, com professores, colegas, pacientes e familiares, ao mesmo tempo em que avaliam o alcance ou não das interações desejadas.

Dessa forma, agrupamos os discursos obtidos nas entrevistas e as narrativas das “cenas” construídas nas oficinas sobre a experiência com a morte de um paciente, relacionando-as com as concepções desejadas por eles para ser um bom médico e ter uma correta relação no enfrentamento do processo de morte de um paciente. Temos, assim, a relação entre a representação dos sentimentos, desejos e dificuldades no encontro (vivenciado ou imaginado) com a morte do paciente – **expressão subjetiva**, e a correspondente concepção ou papel idealizado para lidar com esse processo, sinteticamente representado no quadro abaixo:

A EXPRESSÃO SUBJETIVA NO ENCONTRO COM A MORTE DO PACIENTE	O PAPEL DO MÉDICO PERANTE A MORTE DO PACIENTE
– A dor de não salvar – a impotência	– Evitar a chegada da morte (Concepção 1)
– Da Dificuldade de comunicar-se e envolver-se.	– Qualidade de morte (Concepção 2) – Comunicação Qualificada com a família (Concepção 3)
– Desejos e dificuldades do “estar Junto”	– Ficar até o fim (Concepção 4)
– O “acostumar-se” e a solidão do sentir/	– Seguir a rotina após a morte (Concepção 5)

A cada “cena” elaborada por um estudante encontramos várias expressões subjetivas e seus correspondentes papéis desejados. Pinçamos fragmentos de entrevistas, fragmentos das “cenas” e, em alguns momentos, as “cenas” na íntegra (indicando por meio de chaves as expressões trabalhadas e por meio de parênteses alguns comentários pontuais), para ilustrar as citadas expressões subjetivas durante as interações.

A dor de não salvar - Evitar a chegada da morte (Concepção 1)

Quando não é mais possível evitar a chegada da morte, **frustração**, **derrota**, **impotência** são os sentimentos dos estudantes e médicos ao se depararem com a dor de não salvar. A essa dor alia-se o sentimento de **responsabilidade** pelo destino do paciente e, em alguns momentos,

demonstram serem afetados pela **tristeza**, que vai variar de acordo com o vínculo estabelecido, idade do paciente e circunstância da morte.

Herdeiros de um processo de mitificação social e institucional da figura do médico como o salvador; é apenas diante da morte de um paciente, dos limites de sua atuação, que eles poderão se encontrar com a dor de não ser Deus, sendo obrigados a encarar que não são onipotentes, como, por vezes, se iludem no percurso de sua formação.

Durante o curso médico, como já citado pelos estudantes no capítulo 6, o aluno vai, por meio de um mecanismo dissociativo e da coerção de alguns discursos, desmitificando a morte para se acostumar com ela, fato que os tornaria “diferente dos não-médicos”. Isso se deve ao fato de ele supostamente ter um certo poder diante da morte, inicialmente em profaná-la ao manuseá-la no anatômico, e posteriormente de vencê-la quando ocorrem as curas, o que vai enaltecendo seu papel. Consorte (1983, p. 52) explica:

Quando você desmitifica a morte, você ganha um poder sobre a morte, você se coloca de igual para igual. Se a morte pertence aos deuses e você desmitifica, você subiu a escala dos deuses, ela se torna companheira de trabalho, você sobe no pedestal, você a transforma em alguma coisa com a qual você pode lidar, ela não me atemoriza, ela é o que ela é. Daí você vai desmitificando outras coisas e daí nada realmente vale muito, nada tem um valor intrínseco, em si, absoluto. Agora você me diz, a única coisa que o médico não desmitifica é a sua própria imagem. Enquanto ele vai desmitificando o resto, vai mitificando a sua pessoa, se automitificando. Quase você deixa de ser mortal. Esta automitificação também não é só um processo individual. Mas é exigida socialmente.

Ora, quanto mais o médico se identificar com essa imagem de pessoa infalível, de senhor da vida e da morte, mais sentirá a morte de seu paciente

como uma derrota. A morte representará seu próprio fracasso, como ilustram os seguintes discursos:

“Claro que sempre vai ter **um pouco de frustração né, de você não ter podido consertar aquilo**, de que embora você tenha feito todos os esforços possíveis não teve como.” [Fragmento de entrevista - Paulo - 1º ano/2º período]

“O seu olhar foi profundo. Parece que por um segundo eu pude ver sua alma. Não gostei. Foi desolador. Pelo instante de um suspiro, sem uma palavra, **senti toda a sua frustração e derrota, me fazendo sentir incapaz. “Não cumpri meu dever”.**” [Fragmento de “cena”/ Fernanda - 4º ano, 8º período]

A presença da morte – aquela que no transcorrer do ato médico precisa ser vencida – instaura no exercício profissional um alto grau de responsabilidade pelo enfermo, sua dor e sua trajetória à restituição da saúde ou ao êxito letal. A densa noção de responsabilidade pela existência do enfermo e a permanente necessidade de decidir nestes momentos cruciais são os elementos-chave dessa malha interconectada geradora de angústia (Siqueira-Batista, 2004).

As falas dos residentes e as “cenas” criadas pelos estudantes ilustram a presença dessa noção de responsabilidade. Eles sempre pontuam: “fiz o que pude”; “não havia mais o que fazer”. Diante da morte, são argumentos que os ajudam a enfrentar a angústia do não-salvar.

“Agora como residente é mais forte, que bem ou mal você é o médico do paciente, **a responsabilidade é minha**, atestado de óbito, lidar com a família, esse tipo de coisa é com você, **angustia um pouco**. Assim, tem paciente que a gente se apegamos mais do que os outros, né, mas a gente sente, na hora e passa logo” [Fragmento de entrevista - Renata - **Residente 1**]

Algumas falas (independentemente do período do curso) também indicam a dor da perda de alguém com quem se estabeleceu um vínculo, embora seja evidente a preocupação em não demonstrar esse sentimento. Tal fato é bastante estimulado durante a formação. Segue um depoimento com exemplo:

“Não perdi nenhum paciente, acompanhando mesmo não. Eu já vi pessoas morrendo, porém, não deu tempo de fabricar um elo. Foi, foi mais uma coisa assim na emergência, a paciente tá morrendo... É difícil, mas não fica muito na minha cabeça, **é diferente de tá acompanhando um paciente na oncologia. Com certeza, provavelmente eu vou sentir aquela tristeza. Nós sentimos mesmo se tentamos não demonstrar.**” [Fragmento de entrevista - Carmen - 5º ano/9º período]

É interessante observar a inexistência, nos discursos dos entrevistados, da defesa por tentativas de perpetuar a vida a qualquer custo, apesar da inegável presença preponderante do sentimento de impotência. Eles apresentam sensibilidade para a re-humanização do processo de morte, que prega, dentre outros elementos, a possibilidade de decisões compartilhadas entre médicos, familiares e pacientes sobre a condução do tratamento e encaminhamentos diante da proximidade da morte.

Três entrevistados (um do 4º ano e dois residentes 1) revisitam o lugar de impotentes introjetados pela grande maioria, agregando valor ao papel de cuidar daquele que sofre como parte importante de seu ofício médico – portanto, como uma potência a ser valorizada. Em suas palavras:

“Então o primeiro paciente realmente que eu peguei e veio a falecer foi um com câncer de pulmão, ele tava internado, ele tava muito mal quando eu conversei com ele. A gente já sabia que ele não tinha cura, a família já sabia disso e tudo, a família era muito apegada a ele, então a gente

acompanhou ele, **fiz o que pude, eu conversava muito com a família, e com ele. Foi difícil, mas eu consegui. Dá uma impotência, mas foi gratificante esse lado de ajudá-los.** [Fragmento de entrevista – Ricardo – **Residente 1**]

“Acho que **o sentimento pior que tem é o de impotência**, no caso do paciente com câncer né, você sabe que ele tá piorando e não pode fazer muita coisa, então é um sentimento de impotência diante do paciente. [...]. **O que é mais gratificante pra mim é a cura.** Infelizmente muitas vezes não é o que acontece, e a função do médico não é exatamente curar, muitas vezes é aliviar, né? Dar conforto ao paciente. Eu acho que a cura é o máximo que você encontra, né? Principalmente na minha área de cirurgia que lida muito com isso, você tem a opção de muitas vezes num procedimento cirúrgico você curar um paciente. **Mas você descobre no dia a dia que não é Deus, que não é onipotente, sabe! E o melhor é que descubra cedo pra não ficar como uns se achando. E aí você vai valorizar o que você fez para ajudar o paciente que também é seu papel.**” [Fragmento de entrevista – Rafael – **Residente 2**]

“Eu acho que eu não vou me sentir mal se eu vir que realmente fiz o que tinha que ser feito, que a minha missão foi cumprida, que eu dei a atenção que ele precisava, dei o apoio que ele precisava, dei o tratamento que ele precisava. **Eu acho que eu não vou me sentir mal, impotente por isso, se eu pude fazer muito e saber que fiz.**” [Fragmento de entrevista – Felipe - **4º ano/8º período**]

Martins (2004, p.26) esclarece:

Onipotência, no entanto, não é potência nem se opõe à impotência. Ao contrário, onipotência é defesa contra a ameaça de impotência, mas, reativa, mantém esta da qual se quer livrar. Ambas, portanto, impotência e sua máscara a onipotência, se opõem à potência.

As ilustrações apontam sinais da descoberta da potência presente no estar junto do paciente, para além da lógica do fazer meramente instrumental. Tal perspectiva implica optar por uma medicina que considere a totalidade da experiência humana na saúde, na doença e na morte – que, sem abrir mão das conquistas tecnocientíficas, nem deixar de positivar o

saber médico e a gratificação encontrada nos momentos de cura; mas que reconhece a potência do papel de cuidador, ou seja – cuidar da dor.

É o residente 1 quem nos lembra: “E o melhor é que descubra cedo pra não ficar como uns se achando. E aí, você vai valorizar o que você fez para ajudar o paciente que também é seu papel”. *Achando-se* deuses, ele quis dizer.

As gratificações e dificuldades encontradas pelos estudantes e residentes para concretizarem na prática médica, o que “também é seu papel”, se apresentam bem demarcadas nas interações com o processo de morte de um paciente representadas nas expressões subjetivas que abordaremos a partir de agora. Em outras palavras, diante da impossibilidade de evitar a morte (concepção 1); como concretizar as concepções desejadas: qualidade de morte (concepção 2); comunicação qualificada com a família (concepção 3); ficar até o fim (concepção 4); seguir a rotina após o óbito (concepção 5)?

Da dificuldade de envolver-se ou comunicar-se - Qualidade de morte (Concepção 2) / Comunicação qualificada com a família (Concepção 3)

Os discursos e as “cenas” elaboradas pelos estudantes e residentes demonstram que a promoção da qualidade de morte aos pacientes moribundos (concepção 2) e o estabelecimento de uma competência comunicativa com a família dos pacientes (concepção 3). Dependem da qualidade das interações subjetivas entre médicos, pacientes e familiares,

demonstradas por meio da natureza da comunicação e do envolvimento estabelecido.

Nossos jovens aprendizes retratam o dia-a-dia dessas interações como sendo um encontro com as dificuldades em comunicar-se e envolver-se com a dor do outro.

“Não quero dar a notícia. É um momento muito difícil para qualquer ser humano enfrentar que vai morrer.” [Fragmento de entrevista - Fernanda - **4º ano/8º período**]

“É a pior parte dessa profissão, você olhar para o cara e dizer de uma forma, sei lá, boa, próxima, confortando, que o prognóstico é sério, é grave. Ta dizendo que ele vai morrer. É duro ver o sofrimento dele, e é difícil não ser duro pra conseguir dizer.” [Fragmento de entrevista - Ricardo, **residente 1**]

São algumas das muitas falas que expressam um dos momentos difíceis do “ser médico”. Mas do que enfrentar e aceitar os limites de sua profissão, significa enfrentar os sentimentos que a possibilidade de morrer provoca nos pacientes e neles enquanto “ser humano” que são.

Quintana et al. (2002, p. 205-206) refletindo sobre tais dificuldades asseguram:

O médico gostaria que seus pacientes fossem capazes de conversar sobre sua doença, as possibilidades de tratamento e, inclusive, sobre a impossibilidade de cura desprovidos de emoção. De fato, o médico pode falar racionalmente da morte; ele sabe intelectualmente que ela está a sua volta, mas o que não pode aceitar é senti-la, é que ela toque seus sentimentos, pois é somente nesse momento que será obrigado a aceitá-la como possibilidade concreta tanto para seu paciente como para si mesmo.

Os estudantes aprendem a regra número 1, sob forte coerção discursiva: devem isolar as emoções para conquistarem o lugar de médicos.

Exorcizar o sentir e o pensar na morte torna-se preciso. “Assim ele aprende a impedir a conscientização da própria mortalidade” (Castro, 2004, p. 41).

Eizirik (2000, p. 52) conclui:

Então, para que não se torne insuportável lidar com doenças e morte, lançamos mão de mecanismos de defesa bastante úteis – como o humor e a negação - mas que, por outro lado, podem nos tornar resistentes a sentir empatia pelos nossos pacientes.

Entretanto, os alunos e residentes entrevistados acentuam o desejo de promover qualidade de morte aos seus pacientes, o desejo de alcançarem um envolvimento equilibrado na relação com eles, cuja capacidade de comunicação evidencie o tipo de médico humano na doença e na morte, por eles almejado.

É interessante observar, na descrição das “cenas”, a maneira encontrada por eles para “resolverem”, em parte, como se defenderem do sofrimento do paciente sem serem desumanos. As narrativas revelam uma idealização de seus pacientes e suas famílias no que diz respeito à expressão dos sentimentos. Fato que facilitaria por si só a aproximação do médico. Ou seja, os pacientes e familiares, apesar do sofrimento e tristeza, estão calmos, serenos, sem elementos de desespero e aceitando a morte.

As diversas “cenas” que apresentaremos ao longo deste capítulo ilustrarão essa observação. No momento traremos uma das únicas “cenas” (tivemos duas) em que se acentuam momentos de desespero do paciente:

“Paciente Fulano encontra-se internado no hospital em que trabalho, para se tratar de um câncer terminal, digo de um câncer em fase avançada, um câncer de estômago. O

mesmo encontra-se em seu leito sem condições de deambulação, emagrecido, sofrendo com fortes dores. **Apresenta alguns momentos de depressão, desespero, em que pede para que apressemos a morte dele.** Neste momento falo que não seria esse o melhor caminho e que ele tenha calma neste momento, porque faremos, eu e todo o resto da equipe, o que for melhor para ele. **[conforto físico]** **A família está angustiada por não saber ou querer saber, negando o real prognóstico do seu familiar moribundo. Limito-me a responder apenas as perguntas que a mim são feitas, além de prestar esclarecimentos da situação “básica” do doente. [comunicação ambígua, não clara]** **O diagnóstico digo sem utilização de termos técnicos, de forma que fique o mais claro possível para o entendimento dos interessados.** Chega então o momento em que o paciente piora e **a família mesmo sabendo do real prognóstico do paciente, [comunicação ambígua] age como se não soubesse** e desesperadamente pedem aos médicos, incluindo eu, que não deixe seu familiar morrer. Eu, humildemente, na condição de médico que utiliza-se de técnicas e instrumentos que estão ao meu alcance digo que não há mais o que a medicina possa fazer. **[evitar a morte]** Digo também que qualquer conduta que eu viesse tomar para prolongar a vida do paciente seria para aumentar o sofrimento do mesmo. Neste momento a família compreende que chegou ao fim.” [Rodrigo, Residente 2]

Chamamos a atenção nessa “cena” para a possibilidade do uso de uma estratégia (provavelmente pouco consciente) de enfrentamento do sofrimento do outro (paciente e família) diante da proximidade da morte – “a psicologização do morrer”.

Pouco se tem falado na literatura sobre “a psicologização do morrer”. Nesse sentido encontramos em Zaidhaft (1990, p.110) algumas explicações que corroboram alguns achados insinuados nas “cenas” de alguns estudantes, particularmente exemplificadas na cena em questão. O referido autor defende que

muitas vezes o uso de conceitos psicológicos e psicanalíticos não servem como uma forma de aproximação de si mesmo e de uma tentativa de conhecimento do outro, mas como mais

uma arma para medicalizar o discurso do paciente e escamotear a incapacidade de se colher uma história.

Diríamos, escamoteia a dificuldade de se estabelecer uma comunicação qualificada diante de diagnósticos e prognósticos com impossibilidade de cura.

Afirmar que uma família não querer saber, ou que está negando o prognóstico ruim, “o real prognóstico do seu familiar moribundo”, pode representar um argumento para não se aproximar e escutar as muitas dores (para além das físicas) desses familiares ou do paciente (que, ao pedir que apresse sua morte, pode também querer dizer que sabe de sua gravidade e deseja abrir espaço para falar sobre sua partida). Tais argumentos podem ser utilizados para validar uma comunicação que se limite a esclarecer “a situação básica”.

A dificuldade de comunicar e o conflito em querer atender ao pressuposto “tem que dar a notícia ruim” com uma comunicação clara e transparente é evidente em parte da narrativa, quando o residente relata: “o diagnóstico digo sem utilização de termos técnicos, de forma que fique o mais claro possível para entendimento dos interessados”. Observa-se também a ausência de atitudes com objetivo de confortar emocionalmente o paciente.

Merece registro o fato de que o autor da “cena” foi um dos dois entrevistados que se posicionaram contra o envolvimento com o paciente. Assimilou o pressuposto absoluto de que o médico “não pode envolver-se

emocionalmente com o paciente” e não a proposição relativizada “não pode se envolver muito”, conforme abordamos no capítulo anterior.

A narrativa insinua cuidados com o conforto físico e destaca também a comunicação, que por sua vez é bastante confusa. O médico da cena afirma inicialmente fornecer o “básico” sobre o paciente, depois diz dar claramente “o diagnóstico” para o interessado, e em seguida afirma que a família sabe do “real prognóstico”.

Quando o médico informa o “básico”, estaria falando do diagnóstico, mas sem referência à iminência da morte do paciente? Ao se referir aos familiares que chamou de “interessados”, estaria insinuando que estes, por sua vez, não estão “negando a doença”, motivo pelo qual conseguiriam saber a verdade, apesar de ele (médico) ter falado apenas sobre o diagnóstico? Portanto, saberiam sobre o prognóstico a partir do efeito perlocucionário possibilitado pelo conhecimento do diagnóstico? Saber do prognóstico é incompatível com reações de desespero?

Talvez sim, por parte de quem deseja que as emoções não sejam expostas, ou seja, que “o caráter inconsolável de uma notícia ruim” (Pereira, 2005, p. 177) não seja explicitado.

A cena termina com o médico fornecendo explicações técnicas (comunicação instrumental), a família compreendendo e aceitando a situação, sem desespero.

É oportuno comentar que, no momento da discussão da “cena” na oficina, ficou claro que o “básico” mencionado não se referia à morte, que o

contato com o paciente sobre esse assunto foi evitado e que, diante do “contar a verdade” do diagnóstico para a família, os que “aceitam” compreendem a gravidade por meio do efeito perlocucionário de um discurso centrado na gravidade do adoecimento.

Fato é que o paciente pode até querer morrer, a família pode não querer saber, mas para que os médicos compreendam se é essa a verdade, ou se estão se distanciando deles a partir de suas concepções e do medo do envolvimento, é necessário que se permitam iniciar um processo de escuta, de ouvir perguntas, fornecer respostas e compartilhar sentimentos. Seria necessário deixar-se ser interpelado pela dor do outro para compreender sua demanda.

Nessa perspectiva, Gadamer (2002, p. 80), abordando a compreensão, ensina:

O primeiro elemento com que se inicia a compreensão é o fato de que algo nos interpela. É a primeira de todas as condições hermenêuticas. Agora vem o que se exige para isso, uma suspensão fundamental de nossos preconceitos.

Com efeito, nossos depoentes constroem “cenas” com mais dores físicas e menos dores emocionais, pois dessa forma seria mais fácil para eles lidarem com o paciente à morte, já que o grande medo é não saber lidar com as reações emocionais do paciente. A comunicação clara e transparente sem dúvida estaria mais presente nas cenas reais se os pacientes sempre tivessem, como descreve Áries (1977, p. 177), “a elegância e a coragem de serem discretos”, assim como seus familiares.

Perante a possibilidade de lidar com o sofrimento do paciente à morte, “deselegante” ou não, vamos discorrer um pouco sobre os anseios e obstáculos enfrentados de acordo com os períodos do curso.

Nossos aprendizes dos primeiros anos (1º e 2º), pontuando o desejo e a dificuldade de facilitar a realização da qualidade de morte, se referem ao conforto emocional e à comunicação verdadeira, sem mencionarem ainda o conforto físico.

Eis alguns exemplos a partir das “cenas”.

“Estou no hospital. Minha paciente tem câncer há muito tempo. Já fez vários tratamentos, mas infelizmente está em fase terminal. Ela é casada, mãe de dois filhos e tem um neto. Todos eles estão no hospital. Estou triste pela paciente, pela família. Não me sinto tanto dentro do problema mas me comovo com o seu sofrimento e o de sua família. Na frente deles mantenho a calma e procuro ser o mais atenciosa possível. Quero confortá-los, mas não sei como fazer isso. **[conforto emocional]** Lamento a perda da família, mas todos já estava cientes que mais cedo ou mais tarde aquilo iria acontecer. **[comunicação com a família]** Não me culpo por isso, pois sei que fiz o que pude e não dependia somente de mim. **[não é possível evitar a chegada da morte]** Aguardo o fim do sofrimento de minha paciente com reflexão mas nada que venha me abater ou me deixar desmotivada para o resto do meu dia de trabalho. Enfim ela faleceu, a família que estava presente demonstra sofrimento, declaro minhas condolências, e sigo para o encontro do meu próximo paciente.”**[ficar até o fim, seguir a rotina]** [Patrícia - 1º ano/1º período]

“O paciente em estado terminal diz ao médico que percebe que vai morrer dentro de poucos minutos e pede ao médico que avise à família. O médico pede que o paciente tenha mais esperança, mas diz ao mesmo que seu estado é realmente bastante grave e, por isso, já havia chamado a família.**[comunicação qualificada]** O paciente chorando, agradece a atenção e sinceridade do médico, no momento em que a família do paciente vai ao seu leito. Já sabendo que o estado é bastante grave, os familiares falam sobre o problema ao paciente que decide despedir-se de todos. Estão lá, a mãe, irmã e mulher do paciente, além do médico. A mãe é a primeira a se despedir, sai do quarto e chama o filho que

não teve coragem de entrar. A mulher é a segunda a despedir-se do paciente. Todos estão bastante emocionados, tentam conter a emoção para demonstrar ao parente tudo que sentem numa sincera despedida, talvez um pouco de aparente frieza do médico que sempre está ao lado, a pedido do paciente, tenha-os ajudado. O filho é o último a sair da sala. O paciente pede que sua irmã fique ao seu lado para que ele possa ir em paz. A irmã atende e pede o consentimento do médico. Este aceita e acompanha o casal de irmãos neste triste momento. . O paciente começa a cantar uma ladainha com a irmã. O médico acompanha tudo, demonstrando frieza e compaixão com os dois, até que o paciente parece entrar num sono profundo. O médico passa a examinar o paciente e avisa a irmã que tudo deve ocorrer agora, ele sente a fraca pulsação que cada vez diminui mais e narra todo o acontecimento, de acordo com o pedido da irmã, até que o paciente morre e o médico anuncia o óbito.”
.[ficar até o fim] [Diogo - 2º ano/3º período]

A aluna da primeira cena declara não saber como confortar, mas procura manter uma “atitude atenciosa”. Revela a preocupação em demonstrar equilíbrio diante do sofrimento, acreditando fazê-lo ao dizer que, embora triste, não se abateu. O aluno da segunda cena acredita que o médico pode confortar com sua presença, ao mencionar o termo “aparente frieza”, reportando-se ao desejado equilíbrio emocional. Ele explica durante o debate: “Eu quero dizer que o médico não é duro, frio, ele sente, mas tem que ter controle, é uma aparente frieza, por isso.” Uma demonstração da preocupação dos estudantes em não construírem uma identidade eminentemente técnica responsável, muitas vezes por atitudes de frieza como uma defesa diante do sofrimento e morte de um paciente.

Na mesma direção, seguem as narrativas dos alunos do terceiro ano. Eles descrevem com mais detalhes o quadro da doença, incluem a preocupação com o conforto físico (alívio de dores e sedação) e acentuam a comunicação qualificada com a família, conforme o exemplo que tomamos:

“Paciente atendido em PS, cirrótico crônico de etiologia alcoólica, andarilho, descompensado, hemorragias, insuficiência renal, hepática, encefalopatia. Sem familiares, amigos ou quaisquer perspectiva terrena de atitudes caso não estivesse enfermo. Sem medidas possíveis que possam prolongar sua vida por mais de um dia. Tem um filho, mas não gostaria que este fosse comunicado sobre a situação, pois o abandonou há muito tempo. O paciente, de nome José da Silva, começa a relatar seus arrependimentos passados (alucinações?).**(medicalização do sofrimento emocional)** Pede para que alguém permaneça com ele até o fim, já mostrando saber o que ocorrerá em poucas horas. A equipe médica tenta contactar o filho sem sucesso. **Faz-se um esquema de sedação ao paciente, para que ele não sofra de padecimentos, e o médico aguarda, a beira do leito, assegurando que aquele indivíduo tenha, no mínimo, uma boa morte.** Após o êxito letal, o médico informa ao serviço de assistência social, e pede para que se contate algum familiar ou amigo, sobre o ocorrido, e que em caso de aparecer alguém, chamá-lo para que possa explicar a situação. Uma ex-mulher aparece ansiosa, o médico lhe dá as explicações e condolências de forma acalentadora, compreensivo e sincero, e permanece com ela até que a mesma se acalme. E então retorna ao trabalho, pois tudo isso já faz parte dele” [Tibério - 3º ano/ 5º período]

O elemento central nas discussões desse grupo (1º, 2º e 3º anos), durante a oficina, ocorreu em torno dos desejos e dificuldades para conseguirem confortar emocionalmente os pacientes e familiares – ou seja, para alcançarem o almejado envolvimento emocional equilibrado (citado por todos eles nas entrevistas e enfatizado na oficina). Eles constataram que as despedidas ocorridas nas “cenas”, bem como a realização do desejo de não morrer sozinho de um paciente, só foram proporcionadas devido ao tipo de relacionamento desenvolvido, marcado por uma disponibilidade para ouvir o outro (mesmo nas situações de emergência como foi o caso da cena de Tibério/3º ano). Foi possível entre médicos, pacientes e familiares, poder falar sobre a proximidade do fim.

As “cenas” dos alunos dos quarto, quinto e sexto anos destacam ainda mais essas questões, ao mesmo tempo em que eles expõem de forma mais explícita os conflitos e medos de não conseguirem alcançar o modelo idealizado no acompanhamento do processo de morte de um paciente.

Souza (2001) se refere ao sexto e sétimo período do curso de medicina como uma fase de maior intensidade conflitiva para os estudantes, por se encontrarem no início do ciclo profissional e constituírem o grau inferior na hierarquia médica – portanto, mais vulneráveis às situações de incerteza e angústia da prática médica.

Nos nossos resultados, os estudantes do quarto, quinto e sexto, portanto do sétimo ao décimo segundo período demonstraram a citada intensidade conflitiva, desde o período que antecede ao internato, até o internato propriamente dito. Concordamos com o argumento da referida autora, quanto à demanda angustiante dos alunos, quando ela diz:

pensamos que essa demanda refere-se à experiência de desamparo pelo confronto com o sofrimento e a morte de seus primeiros pacientes (...) esses alunos são assim convocados a participar do exercício da função médica que não depende apenas dos conhecimentos calcados na racionalidade anátomo-clínica. (Souza, 2001, p. 89).

As narrativas a seguir demonstram as dificuldades, os anseios e os caminhos imaginados dos estudantes dos períodos citados para poderem falar sobre o fim.

“Já passava das 7 horas da manhã e eu chegava ao hospital. Sendo próximo ao dia das mães, estava todo enfeitado com flores, como uma homenagem especial, lindo, com o sol entrando pelas vidraças, fazendo esquecer, por um momento, que me encontrava em um hospital. Mas eu não podia

esquecer. [não podia esquecer o sofrimento a ser encontrado].

Antônio era um senhor de 67 anos, de cabelos grisalhos, rugas leves no rosto, pele rosada, sempre sorrindo. Seu Antônio, como era sempre chamado, recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão há cerca de 6 meses, de maneira inesperada, após apresentar tosse com sangue e ir ao hospital para tratar-se. Era fumante desde a juventude e nunca se preocupou em parar de fumar. Morava com a esposa numa casa confortável, e tinha duas filhas, ambas casadas, e um neto. Estava internado há duas semanas pois houve piora do seu estado geral, mostrando um agravamento do seu câncer já intratável.

Durante a noite recebi a ligação de que Antônio tinha sofrido uma piora considerável neste dia, indo para a UTI. Já não estava mais sempre consciente, não falava, estava pálido, com os olhos sem brilho. Era o primeiro paciente que eu deveria visitar naquela manhã, o que me fez lembrar de toda sua história. Aquela visita provavelmente seria a última.

À porta da UTI estavam a esposa e uma das filhas, com os olhos ansiosos direcionados para mim. “O que faço agora?” (dúvidas na condução) Cheguei próximo às duas, olhei em seus olhos, apertei suas mãos e dei um sorriso acolhedor. [comunicação não verbal qualificada] Foi o suficiente para aliviá-las um pouco. Disse que logo que saísse da UTI falaria com as duas.

Fui chegando próxima ao seu Antônio e ele estava acordado, olhando imóvel para o teto logo acima de sua maca. Cumprimentei-o e vi uma pessoa diferente, que eu não conhecia. Ele já estava ciente da gravidade de sua doença, das metástases, da falência de órgãos que já apresentava e da irreversibilidade cruel das transformações que se passavam com ele nos últimos dias.

O seu olhar foi profundo. Parece que por um segundo eu pude ver sua alma. Não gostei. Foi desolador. Pelo instante de um suspiro, sem uma palavra, senti toda a sua frustração e derrota, me fazendo sentir incapaz. “Não cumpri meu dever”. **[evitar a chegada da morte]** A partir daí ele já sabia o que eu tinha a lhe dizer. **[dar a notícia ruim]**.

Sentei numa cadeira ao lado de sua maca e perguntei se tinha algo que ele quisesse fazer, alguma comida que estivesse desejando, algum filme que quisesse assistir. Disse que tudo que acontece tem um sentido, por mais que não sejamos capazes de entender. Se fazemos tudo que está ao nosso alcance, devemos ficar tranquilos e ter fé. Mas, nem tudo sai como planejamos, infelizmente. Disse ainda que chamasse sua família e amigos para quem quisesse dizer algo especial, pois eles ficariam muito mais tranquilos assim. As coisas não acabam aqui, isso seria uma mudança dolorosa em sua existência, mas algo melhor estava por vir. **[comunicação qualificada sobre o fim/ realização de desejos]**

Fui vendo sua expressão mudar um pouco, o que me deixou bastante aliviada. Ele então me deu um sorriso, bem discreto, apesar da tristeza em seu olhar. Pediu então que eu chamasse sua esposa, pois ele mesmo queria conversar com ela, e me agradeceu. **[estar junto/ ficar até o fim]**.

Saí, talvez até mais triste do que entrei, e chamei sua esposa. **(sentimentos do médico)** Ela rapidamente entrou, dando um abraço e beijos em sua filha, apressada por ver seu Antônio.

E eu? Como fico a partir daí? **[sentimentos do médico/ acostumar-se ou aprender]** Paro um pouco e sento no banco para pensar, vou fazer um lanche, ou simplesmente vou ao próximo paciente? Acho que a cada dia vou ter que aprender um pouquinho mais, até saber bem o que fazer. Bem, e a vida continua..." **[seguir a rotina]** [Fernanda - 4º ano/ 8º período]

"Paciente no leito, eu ao lado, família do lado de fora da sala. Minhas preocupações seriam de esclarecer bem o caso para o paciente, se ele quiser saber, **[comunicação clara]** explicar o que ainda pode ser feito, se ele sente dor, **[conforto físico]** quem que ele quer que esteja próximo, o que fazer pra ele se sentir mais confortável, (músicas, presença de amigos, ficar só, fotografias). **[conforto emocional/desejos]** Eu me sentiria preocupada, com uma responsabilidade talvez maior do que eu possa arcar, **(dúvidas se consegue realizar suas concepções)** preocupada em como conversar com a família, saber responder todas as suas perguntas, como demonstrar solidariedade, não ser superficial. **[dúvidas - Comunicação qualificada com a família]**.

Logo, eu ficaria ao lado do paciente, pegaria na mão, perguntaria como ele estava, se ele tem alguma pergunta a fazer, se ele quer que eu traga alguém como acompanhante.

[disposições humanísticas/ comunicação qualificada] Sairia, falaria com a família (esposa, irmãos), pediria para um deles entrar e tendo estudado detalhadamente o caso explicaria para o familiar interessado, os detalhes técnicos de forma simples. **[comunicação qualificada com a família]**

Sairia dali pensando se dei as informações de maneira clara sem ser rude, com a cabeça pesada." [Clara - 5º ano/ 10º período]

"J.L.S., 64 anos, pai de 4 filhos e avô de 6 netos, portador de câncer de cabeça de pâncreas, com metástase peritoneal, diagnosticada há 4 meses. Está há 2 meses internado na 13ª enfermaria do HUOL, evoluindo com dores intensas que as vezes não cedem com morfina. Durante a manhã do dia 10/06/06, sou chamada à enfermaria devido a uma intercorrência:

Enfermeira: - Dra Sofia, Seu J. está com dificuldade de respirar.

Vou até o paciente o qual todos os dias o via pela manhã, e naquela hora quando o vi, entendi que não havia mais jeito: estava chegando a hora! **[evitar a chegada]**

Eu: - Seu J. como o senhor está?

J.: Tá doendo muito, doutora. A frase saiu com bastante dificuldade

Fiz todo o exame físico, nesse momento a enfermeira diz:

- Acho que é melhor acharmos uma vaga na UTI.

Nesse momento olho para seu J., seus olhos brilhavam querendo me dizer algo que seu pulmão não lhe dava ar para produzir em voz. **[comunicação não verbal]** Apertei sua mão e disse: chame a família dele, o que ele precisa é do conforto dos familiares. **[efeito perlocucionário/ comunicação sobre o fim]**.

Fui até a bancada onde se encontrava a prescrição, fiz toda a terapêutica possível, **[conforto físico]** depois fui até ele novamente. Sob MV a 50%, ele olha para mim e não diz nada. **[comunicação não verbal]**.

Duas horas depois, volto à enfermaria. Chego lá e vejo sua esposa, 2 filhos e 1 neta ao redor do leito. Todos tristes, porém trazendo carinho em gestos ou palavras. Ele olha para mim, segura minha mão e pela primeira vez, em meio a tanta dor, ele me dá um sorriso. (o sorriso disse muito) Nessa hora eu percebi que estava fazendo a coisa certa. Sorri para ele e dessa forma ele também entendeu que eu fiz a minha parte.

[comunicação qualificada/ conforto emocional]

No dia seguinte, não teve jeito: PCR – UTI – ÓBITO.

Acho que fui médica até o fim.” **[ficar até o fim]** [Sofia - 6º ano/ 12º período]

Os conflitos vivenciados nas “cenas” se referem ao como envolver-se e como comunicar próximo à morte. Falar significa falar a alguém. A palavra quer ser palavra que vai ao encontro de alguém. Mas isso não significa apenas que a coisa em questão referida pela palavra se apresente diante de mim, mas que se apresente também àquele a quem falo (Gadamer, 2002).

Nesse sentido, o falar não pertence à esfera do *eu*, mas à esfera do *nós*. O poder falar dos pacientes implica sempre o seu médico ouvinte. É nesse terreno da intersubjetividade que se encontram os temores de nossos estudantes.

Vamos retomar três relatos dos referidos autores das “cenas” em que eles expõem seus medos, para observarmos como, na construção das “cenas”, além de eles destacarem seus questionamentos de como fazer, eles ensaiam possibilidades de atitudes que gostariam de conseguir realizar na vida real com seus pacientes. As falas são:

“Eu não quero ter que dar uma notícia ruim. Diagnóstico ou prognóstico ruim.” [Fernanda, 4º ano/ 8º período]

“Todo mundo diz que eu me envolvo muito, mas eu não acho. Eu me entrego muito ao paciente, é o meu normal, mas tenho medo porque todo mundo diz que é demais. **Eu quero balancear não sofrer demais**, como uma vez que eu saí pra não chorar na frente do paciente, **mas também não quero chegar a me tachar de fria como eu vejo muitos serem.** Eu tenho medo.” [Sofia, 6º ano/ 12º período]

“Eu tenho, assim, medo de não conseguir aquilo que eu já disse, de dar atenção, confortar na medida do possível, porque **o paciente que tá pra morrer é um paciente que você não consegue ficar do lado.** Por exemplo, como eu não sentir tanto essa emoção que tá passando no meu rosto, entendeu? Como eu não passar pra ele?” [Clara, 5º ano/ 10º período]

Fernanda (4º ano /8º período), autora da primeira cena em questão, havia revelado seu medo de dar a notícia ruim. Em sua ficção, ela inicialmente não descreve como foi dado o prognóstico, dizendo: “ele já estava ciente da gravidade...”, consegue estabelecer um diálogo com ele e sua família, marcado por atenção, conforto (espiritual e familiar) e uma comunicação transparente e afetiva, verbal e não-verbal (olhares, toques) sobre a proximidade do fim.

A aluna comentou, durante a oficina, que o momento de dar a notícia e acompanhar o impacto é o que ela imagina ser mais difícil. Conclui que, depois disso, se a relação estabelecida for boa, talvez seja possível chegar à

cena feliz. Em suas palavras, comenta: “Conseguir fazer o que eu acho certo, conseguir como imaginei e escrevi aqui, seria a cena feliz.”

Assim seguem as outras narrativas, buscando construir uma cena feliz lidando com o medo de sucumbir diante do próprio sofrimento despertado pelo sofrer do outro.

Clara (5º ano /10º período) afirmava temer passar para o seu paciente, por meio do seu rosto, a emoção que estava sentindo e assim não conseguir ajudá-lo. Em sua cena, ela enfrenta o seu medo e estabelece um contato próximo, afirmando: “Eu ficaria ao lado do paciente, pegaria na mão...”. Aqui é possível inferir que a estudante lida com sua dificuldade relatando a cena no futuro, não descrevendo no presente o seu contato verbal e não-verbal com o paciente. Apesar de, durante a entrevista, demonstrar bastante preocupação com a questão do envolvimento, chegando a se colocar “contra até certo ponto”, em sua “cena” ela consegue envolver-se com o equilíbrio que tanto deseja.

No caso de Sofia (6º ano /12º período), temos a presença do conflito entre o que os seus pares acham sobre seu envolvimento e o que ela deseja fazer e teme não conseguir. Mais uma vez é evidenciado o medo de sofrer, de perder o equilíbrio. No entanto, em sua cena ela “resolve”: com um relato na primeira pessoa, destacando o quadro clínico, os procedimentos médicos para fornecer conforto físico, aliados às atitudes de atenção e comunicação não-verbal (olhares, toques), que ilustram a presença de um verdadeiro diálogo entre médico e paciente e o conseqüente alcance de um bom acompanhamento do processo de morte.

Os conflitos vivenciados pelos estudantes e médicos, diante de ter que dar a notícia ruim, não dizem respeito apenas a conflitos solucionáveis (ainda que parcialmente) a partir do plano biomédico, mas da singularidade existencial daquele indivíduo e seus familiares. Este é o aspecto em que eles se encontram desamparados, não preparados.

Consiste em um grande desafio inserir na realidade da pressa, do tempo, das rotinas, do ritmo, a escuta e a acolhida que as notícias ruins requerem para sua transmissão (Kóvacs, 2003, p. 118). Diante delas, é comum o temor das reações dos pacientes por parte dos médicos. Afinal, como recorda Pereira (2005, p. 173), “frente às notícias ruins, aspectos do paciente morrem. Sejam planos, projetos, aspiração, convicções, certezas, dúvidas ou posições sociais”.

Por outro lado, uma comunicação também possui o efeito de requerer providências por parte dos pacientes. É por meio de um diálogo aberto que se pode falar e ouvir sobre o tratamento, sobre medidas de prolongamento da vida e desejos a serem atendidos antes da morte. O paciente vai poder lidar com suas situações inacabadas, rever suas prioridades, pode participar das decisões de sua própria vida e morte, como ocorreu nas “cenas”. Fosse por meio de uma comunicação mais direta, como na cena de Clara (“Explicar o que ainda pode ser feito... quem ele quer que esteja próximo...”) ou em uma comunicação indireta, cujo efeito perlocucionário apontava o fim, por exemplo na “cena” de Sofia (6º ano/ 2º período), quando ela relatou: “Apertei sua mão e disse: chame a família dele, o que ele precisa é do conforto dos familiares”.

No caso da locução anunciada, temos um efeito perlocucionário cujos objetivos e efeitos vão mais além do que foi dito; não surgem como efeitos gramaticalmente regulamentados a partir daquilo que foi dito. (Habermas, 1996, p. 111-112). Temos no fragmento referido a constatação do primeiro axioma da comunicação humana – a impossibilidade de não comunicar (Watzlawick, 1967). De alguma forma, a comunicação sobre a proximidade do fim dá seus sinais. O corpo que se deteriora, a tentativa de disfarçar semblantes de dor dos familiares, os silêncios ou comunicações paradoxais em torno do doente também anunciam a gravidade. No caso de uma fala, seu efeito perlocucionário é como ouvir a música do que foi dito, não apenas a letra.

Os estudantes citados também refletiram na oficina sobre a questão da manutenção ou não da esperança diante de um quadro de terminalidade. Concluíram que é preciso conciliar o dar ciência da gravidade e “não retirar a esperança” da família e paciente.

Kóvacs (2003, p. 121), abordando sobre esse aspecto comenta:

Conscientizar o doente sobre o agravamento do seu quadro não quer dizer deixá-lo sem saída ou esperança, afirmando que não há nada a fazer, num claro sinal de desinvestimento (...) não falar sobre estes temas com o intuito de proteger, pode trazer situações de incerteza e isolamento.

Por outro lado, é freqüente entre os estudantes a assertiva: “se ele quiser saber”. É fato que pode ocorrer de o paciente não querer falar claramente sobre o assunto, seja por estar atravessando o processo de negação ou não se sentir à vontade com seu médico para dividir a

intimidade que o abordar sobre a morte invoca. Nessa direção, Kovács (2003) alerta para o perigo de uma overdose que estaria presente enquanto uma obrigatoriedade de falar sobre a terminalidade.

O “ter que dar a notícia ruim”, pressuposto introjetado pelos estudantes para revelar o diagnóstico e prognóstico, tem como motivação ajudar o paciente no enfrentamento de seu processo de morte, respeitando atentamente o momento e o desejo do paciente.

Falar sobre morte diante do agravamento do quadro, como foi estimulado e realizado na confecção das “cenas”, implica necessariamente a construção ou resgate do espaço privilegiado de um encontro terapêutico entre médicos e pacientes capaz de possibilitar a compreensão da real demanda do paciente; implica a busca por um espaço relacional que trate o assistido como sujeito. Para tal, acessa um outro tipo de saber. “Uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários esgotando aí seu sentido (Ayres, 2002b, p. 22).

Trata-se de uma sabedoria prática – conceito derivado da sabedoria aristotélica. Para Aristóteles, a ética é um saber prático, o que vale dizer que se trata de um conhecimento daquilo que só existe como consequência de nossa ação e, portanto, depende de nós. Por sua vez, o saber prático distingue-se em práxis ou técnica. A ética é uma práxis. Pois o agente, ação e a finalidade do agir são inseparáveis. Na práxis ética, somos aquilo que fazemos e o que fazemos é a finalidade boa ou virtuosa. Na técnica, ao

contrário, o agente, a ação e a finalidade da ação estão apartados, sem uma relação de dependência.

Aristóteles nomeia uma virtude como condição para todas as outras, a prudência ou *Phronesis*. É uma sabedoria prática, na ação e para a ação. Virtude que se põe a serviço de fins e se ocupa com a escolha dos meios. *Phronesis* supõe a incerteza, o risco, o acaso de um encontro. Em outras palavras, supõe a intersubjetividade. É pela intersubjetividade que entramos na dimensão ética por excelência (Cembranelli, 2004).

Esse tipo de saber prudente e ético, que foi protagonizado nas “cenas” criadas pelos estudantes, partiu de um elemento central para sua ocorrência – a escuta, um certo tipo de escuta, cuja qualidade não significa uma valoração de boa ou ruim, mas a natureza do que se quer, do que se pode escutar. Ou seja, depende do reconhecimento, por parte do horizonte normativo que guia nossos estudantes, da importância da dimensão existencial do paciente. Se o horizonte for o da racionalidade instrumental somente, os médicos poderão ter sua escuta orientada para as dores físicas e, conseqüentemente, irão promover o conforto físico. Ou em algumas situações eles poderão sedar o paciente sob tal pretexto, eliminando a expressão do sofrimento existencial que nesse caso representaria um ruído que poderia contaminá-lo.

No entanto, quando o horizonte em que estão inseridos é motivado pelo desejo de re-humanização do morrer, teremos uma escuta dirigida para as dores existenciais dos pacientes, uma abertura a um autêntico ouvir o outro.

O início do envolvimento com o outro e sua dor, ou a fuga deste, se dá no encontro “face a face” dos humanos. O rosto do outro é enigma, mistério e também imediata responsabilidade (Lévinas, 1993).

As “cenas” foram ricas em exemplos desse encontro com o olhar do outro, familiares ou pacientes. As comunicações silenciosas e o confortar aconteceram por meio de olhares. E, nesse encontro autêntico de seres humanos que se olham, tem-se a apreensão da responsabilidade ética. Dizia Clara: “Eu me sentiria preocupada, com uma responsabilidade maior do que eu posso arcar...” Ou Fernanda: “Fui vendo sua expressão mudar um pouco, o que me deixou bastante aliviada. Ele então me deu um sorriso, bem discreto, apesar da tristeza em seu olhar...”. E Sofia, conclui: “Ele olha para mim, segura minha mão e pela primeira vez, em meio a tanta dor, ele me dá um sorriso. Nessa hora eu percebi que estava fazendo a coisa certa. Sorri para ele e dessa forma ele também entendeu que eu fiz a minha parte”.

As estudantes em questão ensaiaram situações em que foi possível realizar a singularidade de um encontro humano. Apesar de seus conflitos elas conseguem realizar relações que desejariam para elas próprias enquanto pacientes.

No caso dos residentes, os discursos e “cenas” narrados são também ilustrativos da dificuldade em falar sobre a morte, bem como dos tipos de racionalidade com que eles convivem durante o curso de formação médica. Ou seja, em parte dos discursos (dois residentes) observamos a presença do médico como o detentor do destino de seu paciente, aquele que não deve se envolver emocionalmente, mas deve dizer a verdade ao seu paciente (“se

ele quiser, é claro”). E deve, diante da proximidade da morte, promover conforto físico e conforto emocional aos familiares. Já as falas de outros dois residentes comungam com o ideal de re-humanização do processo de morrer, cujas características já foram mencionadas.

Em outras palavras, é possível observar a presença dos discursos herdeiros da racionalidade biomédica, cuja normatividade tecnocientífica, ao tentar eliminar as emoções, termina por distanciar-se do outro, convivendo com as dificuldades de médicos que defendem uma racionalidade que, sem prescindir da tecnociência, busque aliar sua atenção ao sentido existencial da experiência do adoecimento, seja na recuperação da saúde ou no acompanhamento do processo de morte.

As “cenas” elaboradas por dois residentes apontam na direção sugerida pelos modelos diferentes de racionalidade. Trazem como elemento central a questão da comunicação. O quê dizer, a quem dizer e como dizer perpassam as “cenas” e nos dão pistas sobre o percurso de nossos residentes.

“Estou com meu paciente terminal, num quarto do hospital, um apartamento, com uma cama de hospital no centro do quarto, uma cadeira e uma tv ligada. No quarto está também a enfermeira, ajeitando o soro do paciente, e alguns familiares, a esposa, segurando a mão dele e em pé ao lado da cama e um filho, na cadeira, olhando para os pais. A esposa está triste, com vontade de chorar, e lágrimas escorrem pelo seu rosto, ela não quer que ele morra, mas o fim está próximo, ele segura a mão da esposa e diz que ela não fique triste, que ajude a família. Ele sabe que tem uma doença grave, já há algum tempo, e se preparou para essa hora. O filho então começa a conversar com o pai, e fala da sua vida. Eu vejo se está tudo bem, com o paciente e com a família, e me aproximo para conversar com eles. Digo como está o quadro dele, e explico aos três, o que está havendo, que ele está piorando, e que já está mais grave. Eles já

sabem, já vínhamos conversando antes mas falo que sempre há a esperança de uma melhora, mesmo que o quadro diga que não há mais chance, eu não tiro isso deles. A enfermeira sai do quarto, **[comunicação qualificada]** e eu continuo a conversar com o paciente e família, agora não mais sobre a doença, mas sobre sua vida, suas lembranças e outras coisas, para distrair. Também fico um pouco triste, porque ninguém gosta de ver outro sofrendo, mas já fiz o que pude. Estou perto de sair, então me despeço do paciente, da família, e saio do quarto...” [Ricardo, **Residente 1**]

O residente 1 sinaliza uma boa comunicação com o paciente e seus familiares. Fala abertamente sobre a gravidade do paciente e em seguida tenta conversar sobre lembranças da vida para distrair a todos e a ele mesmo, não permitindo, assim, que a emoção da partida domine a cena e promova o distanciamento dela, deles.

É interessante comentar os elementos que os residentes destacaram nas “cenas” construídas sobre uma relação boa e ruim com seus médicos (ver Instrumento 2, em Anexo B).

O residente 1 salientou uma relação em que as decisões sobre o destino (o seu, no caso) eram compartilhados, o médico era atencioso e tinham uma comunicação aberta. Referiu-se à desatenção e falta de diálogo com o médico na composição da cena ruim, marcada por desamparo e solidão do paciente.

Nesse sentido, Sacks (2003, p. 93), vivendo na vida real o papel de doente, reclama: “ao dizer nada, porque disse ‘nada’, ele tirou um ponto de apoio, o ponto de apoio humano de que eu tão desesperadamente necessitava.”

O residente 2 evidencia a presença ou ausência de uma comunicação clara, verdadeira, contribuindo para uma relação boa. Descreve na “cena ruim” sua desconfiança em relação a uma possível falha do médico e a presença de uma comunicação não franca que gera desconfiança nele; e como desfecho da cena ruim, ele morre.

Vejamos alguns fragmentos da “cena ruim”.

“[...] chega o meu médico que no início tínhamos uma boa relação, mas com o passar dos dias com o agravamento da minha doença, passo a não me relacionar bem com ele, por achar que ele foi negligente em alguma fase do tratamento. Peço a ele que me sede, pois percebo que qualquer minuto em que eu passe consciente será de sofrimento. O meu médico nega meu pedido, dizendo que não fará isso e que estou nervoso que essa fase vai passar. Percebo porque sei o meu real prognóstico que aquilo não é verdade, e isso fez com que a relação que eu tinha com esse médico só piore...”
[Fragmento de cena - Rodrigo , residente 2]

É oportuno registrar que o residente 2, mesmo atribuindo uma valoração negativa ao médico que não estabelece uma relação franca com o paciente, revela suas dificuldades nesse tipo de abordagem quando construiu a “cena” em que ele era o médico. Enquanto médico ele decide, realiza procedimentos, mas não consegue se abrir para o verdadeiro diálogo, não tem clareza quanto à demanda do seu paciente e de seus familiares (essa cena foi comentada anteriormente a partir da página 188). Esse modelo é coerente com o paradoxo que ele enfrenta: não deve se envolver e deve comunicar bem.

Durante a oficina, a discussão ficou em torno do quanto dizer ao paciente. Questionaram sobre dar esperanças e iludir, sem concluir onde estaria a diferença. Apesar dos conflitos expostos, eles afirmavam que

sempre conversam com seus pacientes, embora admitam não terem tido preparo em sua formação para isso.

Corroboramos Souza (2001, p. 89), quando assinala:

Se tomamos o conhecimento das doenças como o único e necessário saber para o exercício da medicina, isso limitará e inibirá o médico e seus aprendizes de viver de modo criativo a tensão doente/doença inerente à clínica, lançando mão de sua humanidade comum que enlaça médicos e pacientes.

Dessa forma, a distância entre intenção e gesto no proporcionar qualidade de morte aos pacientes, mais do que um paradoxo, poderá vir a ser uma regra.

Desejos e dificuldades do “estar junto” – Ficar até o fim (Concepção 4)

Ficar até o fim significa não evitar estar presente quando a situação se apresenta; significa principalmente permanecer dispensando cuidados físicos e emocionais (e espirituais, se for o caso). Ser capaz de acatar a potência presente no “estar junto” diante de um paciente à morte.

Apenas dois residentes, uma aluna do sexto ano e uma aluna do quinto, já presenciaram a morte de um paciente, e apenas os residentes tiveram a oportunidade de acompanhar enquanto médicos. Apenas os alunos do primeiro, segundo e terceiro anos citam a presença do médico no momento da morte do paciente, conforme os trechos abaixo:

“[...] aguardando o fim do sofrimento de minha paciente com reflexão [...] enfim ela faleceu...” [Fragmento de cena – Patrícia - 1º ano/ 1º período]

“[...] o paciente parece entrar num sono profundo. O médico passa a examinar o paciente e avisa à irmã que tudo deve ocorrer agora, ele sente a fraca pulsação que cada vez diminui mais e narra todo o acontecimento, de acordo com o pedido da irmã, até que o paciente morre e o médico anuncia o óbito.” [Fragmento de cena – Diogo - **2º ano**/ 3º período]

“[...] faz-se um esquema de sedação ao paciente, para que ele não sofra de padecimentos, e o médico aguarda, à beira do leito, assegurando que aquele indivíduo tenha, no mínimo, uma boa morte. Após o êxito letal, o médico informa ao serviço de assistência social, e pede para que se contate algum familiar ou amigo, sobre o ocorrido, e que em caso de aparecer alguém, chamá-lo para que possa explicar a situação.” [Fragmento de cena – Tibério - **3º ano**/ 5º período]

Nessas “cenas” o médico fica até o fim. Ele acompanha todo o processo de sofrimento e despedidas com o paciente e sua família, cujo desfecho ocorre calmamente por meio de um sono profundo e de sedação. Mortes tranquilas que causariam menos abalo ou emoção nos médicos.

Os estudantes do quarto ao sexto ano descrevem um acompanhamento próximo e de qualidade como desejam oferecer, e é interessante pontuar que os pacientes não morrem na cena, nem eles (os médicos) estão presentes. Vejamos alguns fragmentos:

“[...] Saí, talvez até mais triste do que entrei, e chamei sua esposa. Ela rapidamente entrou, dando um abraço e beijos em sua filha, apressada por ver seu Antônio.” [Fragmento de cena – Fernanda - **4º ano**/ 8º período]

“[...] Hoje ele provavelmente morrerá, e terei de apoiar sua família, mesmo também estando triste.” [Fragmento de cena – Cecília - **5º ano**/ 10º período]

“[...] Logo, eu ficaria ao lado do paciente, pegaria na mão, perguntaria como ele estava, se ele tem alguma pergunta a fazer, se ele quer que eu traga alguém como acompanhante. Sairia, falaria com a família (esposa, irmãos), pediria para um deles entrar e tendo estudado detalhadamente o caso explicaria para o familiar interessado, os detalhes técnicos de forma simples. Sairia dali pensando se dei as informações de

maneira clara sem ser rude, com a cabeça pesada.”
[Fragmento de cena – Clara - 5º ano/ 10º período]

Ainda que descrevendo no passado, como fez Cecília, ou no futuro, conforme relata Clara, as estudantes que durante as entrevistas afirmavam, respectivamente, “tenho medo de não conseguir” e “é um paciente que você não consegue ficar ao lado, às vezes tem que chamar um psicólogo”, concretizam o papel desejado de estarem junto, mas não no momento da morte.

Apenas no debate elas se dão conta de não terem construído “cenas” em que os médicos (as estudantes) estivessem no momento da morte de seu paciente. Apesar de estarem morrendo, eles não morrem na cena e, embora os médicos não tenham uma justificativa – por exemplo, um chamado urgente, outro compromisso –, elas deixam claro nas narrativas que eles não estarão presentes no fim.

Concluem, durante o debate na oficina: “Acho que é tão difícil que a gente nem soube como colocar, embora a gente queira fazer e queira aprender” (fala emocionada de Cecília, 5º ano/10º período). “Pulamos o pior momento, e na vida real como vai ser?” (Clara - 5º ano/10º período).

A aluna do sexto ano (Sofia anuncia em sua “cena” que houve morte, ou melhor, “óbito”. Reconhece: “Acho que fui médica até o fim”, referindo-se ao fato de não ter se distanciado do seu paciente.

Os residentes também não se referem à morte do paciente, nem à possível presença do médico nesse momento. Ao serem perguntados se seus pacientes morriam, ou por que não descreveram a morte na cena, eles

responderam que estava implícito nas “cenas” que eles iam morrer, relatando uma preocupação maior com o como confortarem os vivos – as famílias, ou os cuidadores. Dados semelhantes constataram Falcão e Lino (2004), no que diz respeito ao deslocamento de uma atenção maior para os familiares e não para o paciente à morte.

Tolstoi (2005 p.64), em *A morte de Ivan Illitch*, parece querer nos dizer que fugimos da morte do outro para fugirmos da consciência da nossa. Faz isso por meio da fala do médico de Illitch:

[...] ‘Três dias de sofrimentos terríveis e depois... a morte. Mas isso pode acontecer também comigo, a qualquer momento, agora’, pensou, deixando-se dominar pelo terror. Logo, porém, sem que percebesse sequer, foi socorrido pelo pensamento comuníssimo de que tudo aquilo sucede a Ivan Illitch e não a ele, de que aquilo não devia, nem podia acontecer-lhe, que pensando em tais coisas entregava-se a idéias fúnebres, o que era preciso evitar. Com esse raciocínio, tranquilizou-se e indagou com interesse os pormenores da morte de Ivan Illitch, como se a morte fosse algo que não pudesse atingir senão a Ivan Illitch e nada absolutamente tivesse a ver com ele [...].

Por sua vez, nossos entrevistados revelaram que a maior dificuldade na realização das oficinas foi descrever as “cenas” em que eles estavam doentes, quem dirá mortos. Dificuldade mencionada por participantes de todos os períodos, mas bastante enfatizada entre os residentes.

O “acostumar-se” e a solidão do “sentir” – Seguir a rotina após o óbito
(Concepção 5)

Nossos estudantes afirmam que querem, após proporcionarem qualidade de morte aos seus pacientes, seguir a rotina sem se paralisarem diante da dor pela perda de seu paciente.

As ilustrações dos primeiro ano enfatizam o alcance do papel. Para isso eles excluem qualquer sinal de dúvida do como fazer ou sinais de um possível sofrimento pessoal.

“Enfim ela faleceu, a família que estava presente demonstra sofrimento, declaro minhas condolências, e sigo para o encontro do meu próximo paciente. E então retorno ao trabalho, pois tudo isso já faz parte dele.” [Fragmento de cena – Tibério - **3º ano**/ 5º período]

A partir do quarto ano, as dúvidas são expostas, o questionamento sobre o debruçar-se sobre o acontecimento ou seguir rapidamente para a rotina é realizado, como ilustra o fragmento:

“E eu? Como fico a partir daí? Paro um pouco e sento no banco para pensar, vou fazer um lanche, ou simplesmente vou ao próximo paciente? Acho que a cada dia vou ter que aprender um pouquinho mais, até saber bem o que fazer. Bem, e a vida continua...” [Fragmento de cena – Fernanda - **4º ano**/ 8º período]

É corriqueiro, durante a formação médica, o estímulo a não parar para pensar na morte. Castro(2004) enfatiza que “a proibição de pensar profundamente em seu paciente se acompanha quase insensivelmente de um não poder sentir e pensar em si mesmo”. Vale dizer, não reconhecer o que a morte e a vida do paciente significam no final das contas, não poder reconhecer a própria morte e a própria vida.

Na narrativa a seguir, a estudante constrói o desfecho por ela idealizado, parecendo seguir tranqüila por entender que cumpriu seu papel.

“Ele olha para mim, segura minha mão e pela primeira vez, em meio a tanta dor, ele me dá um sorriso. Nessa hora eu percebi que estava fazendo a coisa certa. Sorri para ele e dessa forma ele também entendeu que eu fiz a minha parte. No dia seguinte, não teve jeito: PCR – UTI – ÓBITO. Acho que fui médica até o fim.” [Fragmento de cena – Sofia - **6º ano**/12º período]

Os residentes, por sua vez, não fazem nenhum questionamento quanto a essa concepção. Um deles descreve, no fim da cena, que ficou triste e diz: “Estou perto de sair, me despeço do paciente, da família e saio do quarto...” O outro (residente 2) termina sua cena explicando sua conduta técnica à família. As reticências do primeiro e o silêncio do segundo quanto ao que vão fazer depois da morte do paciente parecem indicar que se acostumaram. O residente 1 diz: “estou aprendendo a cada dia como lidar, como me acostumar” e o residente 2 “faz parte da profissão, não tenho problema com isso, a gente já sabia que ia lidar com morte”.

Camargo Jr et al (2005, p. 4), citando Bonet⁹, assinalam que o trabalho médico é marcado por uma ambigüidade em relação ao que os médicos devem saber e ao que sentem ao fazer; o saber e o sentir seriam a expressão de uma tensão estruturante que se encontra presente no interior da prática médica. Durante os anos de formação, o médico aprenderia a manejar essa tensão e, gradativamente, as manifestações relacionadas à subjetividade, ao emocional iriam sendo excluídas da prática cotidiana.

⁹ Bonet O. O saber e o sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1999; 9 (1): 123-150.

Entretanto, é importante destacar que a exposição de sentimentos dos estudantes do quarto ao sexto ano sinalizam a sensibilidade para a resignificação do tão falado acostumar-se. Elas refletem sobre o que significa “ter que se acostumar”. Acostumar-se é não sentir, não pensar, para não se abalar e com isso não sofrer? A fala de uma delas é bem ilustrativa:

“A morte de um paciente vai ser sempre ruim, mas a gente tem que se acostumar. Sei que eu quero fazer mais do que isso, me acostumar a ficar junto dele, a fazer a minha parte. Não sei se vou conseguir. A gente aprende meio na marra, depende de cada um. Quando você encontra um bom professor aí é diferente, você fica menos só.” [Cecília - 5º ano/10º período]

Nesse sentido, “se acostumar” com a doença, sofrimento e morte pode significar aprender a lidar com as emoções, e não apenas tentar eliminá-las. Seria mobilizar uma certa estrutura defensiva que permita a diferenciação da dor do outro sem cortar o laço de identificação com o paciente.

O processo de “acostumar-se” com o lidar com a morte convive também com o sentimento de solidão diante do enfrentamento do sofrer do outro e dos próprios médicos.

O final da fala de Cecília (5ºano/10º período) exemplifica: “[...] quando você encontra um bom professor, aí é diferente, você fica menos só”. A aluna se refere a aprender a desenvolver atitudes na troca com o outro – o professor. Deseja identificar-se com o saber fazer, mas também no sentir. Quer reconhecer o enfrentamento dos próprios sentimentos como necessários na sua formação, e não necessariamente sua exclusão.

Ao responderem à questão: quais os sentimentos vivenciados no contato com a morte do paciente? O que fez com eles? Os depoentes foram unânimes em mencionar a solidão na academia quanto ao tema da morte e as emoções despertadas no aluno ou médico, desde as aulas de Anatomia, citando algumas possibilidades de diálogos com professores de Oncologia em estágios e na residência.

Algumas ilustrações:

“Quando eu presenciei a primeira vez fiquei muito mal e fui chorar depois sozinha, **não dá pra contar com nenhum colega ou professor, cada um fica na sua redoma**. Se tivesse um momento pra falar nisso, talvez ajudasse na hora de perder um paciente.” [Cecília - 5º ano/10º período]

“A gente **conversa com um colega mais íntimo** ou com a família pelo menos agora em anatomia.” [Deborah - 2º ano/4º período]

“Bom, até agora eu procuro conversar. Agora eu converso mais com o pessoal em casa, com minha família e minha namorada, mas tem alguns professores que eu converso, se você procurar eles conversam.” [Ricardo, **Residente 1**]

É evidente o silêncio imposto, a tentativa dos alunos de corresponderem à máxima de não se envolver muito. Demonstrar emoção estaria contrariando esse alcance. No entanto, eles reclamam a necessidade de espaço para tal expressão, buscando esse apoio prioritariamente fora da escola médica.

Nas pesquisas de Viana et al. (1998) e nos estudos de Eizirik et al. (2000), observou-se que o tema da morte e suas emoções eram abordados entre os alunos em conversas com amigos e familiares, sugerindo para eles a busca de um grupo de identificação com vivência, atitudes e faixa etárias similares. Esses autores relatam ainda um número considerável de médicos

e professores que permanece com muita dificuldade para tratar do assunto, chegando mesmo a evitá-lo.

Pensamos que a outra grande dor dos doutores herdeiros de Prometeu é o que Ésquilo tratou como dádiva: a interdição sobre a morte. O silêncio em torno dela, o não-reconhecimento de sua existência, a tentativa desenfreada de derrotá-la, que tem marcado a saga das ciências médicas, falam de uma falta de habilidade para lidar com a dor, o sofrimento, os desejos e até alegrias diante da morte encenada.

O mito de Prometeu nos lembra ainda o fato de que, por mais que a medicina tente traduzir o sofrimento por sintoma, que os filhos de Asclépios aprendam, durante sua formação, que os sentimentos são algo do qual se devem afastar, essa prescrição não protege definitivamente da dor temida pelo envolvimento, nem de uma possível ineficácia terapêutica.

Assim como o fígado de Prometeu, roído todos os dias, a morte sempre retornará para nos ensinar que, na sua presença, o poder da ciência sucumbe, o encontro com o outro se torna inevitável, ou duramente evitável se insistirmos em colocar um muro tecnológico separando os sujeitos.

6.2 Os desejos de mudanças na formação médica: à procura do mestre Quíron

Quíron era um centauro, meio homem e meio cavalo. Grande sábio e amigo dos mortais. Por seu intermédio, os conhecimentos médicos foram

divulgados aos mortais. Também ensinava música e moral. Era conhecido por ser um educador bondoso e capaz de desenvolver as potencialidades de seus discípulos. Foi educador de vários heróis, dentre os quais aquele a quem mais ele se afeiçoou – Asclépio. Quíron foi atingido acidentalmente por uma flecha de Heracles e sofria de dores terríveis que seus conhecimentos médicos não eram capazes de mitigar. Conviver com suas próprias dores talvez tenha lhe ensinado a conviver com a dor do outro e a lidar com os limites, com a mortalidade.

O mito de Quíron traduz a procura dos estudantes e residentes entrevistados que reclamam a existência de modelos potenciais com os quais possa se identificar.

Apesar da presença do discurso de re-humanização do processo de morte de um paciente, a prática dessas interações é dificultada pelo pouco suporte de ensino-aprendizagem nessa direção, aliado a uma falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes, que mais tarde poderão reproduzir essa mesma falta em seus pacientes.

É primordial que haja acesso do acadêmico à convivência direta com médicos ou preceptores do próprio curso para que a formação de um modelo identificatório seja possibilitada, uma vez que somente o contato com a hierarquia do hospital-escola não é capaz de estabelecer de forma adequada, na maior parte das vezes (Castro, 2004, p. 44). Nessa mesma direção, Rocco (1992) alerta que estes podem ser bons ou maus modelos

para o estudante, dependendo da forma como propiciam o contato com a motivação humana da profissão.

Uma medicina que possa ser considerada humana implica necessariamente a ressituação do paciente como centro de seu objeto de investigação e objetivo da intervenção terapêutica. Luz (1997, p. 40) esclarece que “a recuperação da relação médico-paciente, hoje danificada pela medicina transformada em biotecnologia, seria uma consequência imediata dessa ressituação”.

Vejamos, dentre os inúmeros exemplos de interações professor-paciente citadas e avaliadas pelos entrevistados, três situações: uma avaliada como exemplo ruim e duas como bons momentos de aprendizagem.

“É, eu tive uma professora que era chocante o jeito dela, muito grosseira, completamente assim sem esse jeitinho, sabe, de cuidar do paciente, a gente tava atendendo uma paciente com lupus, de 19 anos, isso eu tava no terceiro período, foi no comecinho, mas eu fiquei chocada com o comportamento da médica, a moça de 19 anos tava no dia da alta dela e tava aparentemente bem, aí na frente da paciente a médica começou a falar, olha teve um colega meu que foi pra São Paulo fazer residência e eu olhei pra ele e falei que ele tava com lupus, e ele disse que não, fez exames e deram todos normais, e ele morreu de lupus. Na frente da menina, no dia que ela tava tendo alta, em condições normais, a menina arregalou os olhos e por um momento a gente se olhou, mas a professora nem notou, continuou: - pois é, é por isso que não é garantido, os exames dá tudo normal, e morreu disso.

A garota pálida ali na frente dela e todos os alunos ao redor da cama da paciente. Todo mundo calado. Eu fiquei chocada. Nunca esqueci disso. Tem muito médico insensível, parece que não tem um ser humano ali na frente dele. É tudo que eu não quero ser um dia.” [Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º ano/8º período]

“Pois é, nas outras não é abordado mesmo, a gente teve inclusive assim um episódio que foi numa aula de endócrino que a gente tava atendendo a paciente, e quando a gente olha o exame era maligno, era uma biopsia de tireóide que tinha maligno, chega a gente ficou assim, um olhou pra cara do outro, é, vamos chamar a professora, que a gente não sabia como falar, não sabia mesmo, e aí foi chamar a professora, e juntou todo mundo inclusive dos outros grupos pra ver como que ela ia falar, porque ninguém sabia como que ela ia dar essa notícia pra paciente, a gente não sabia como se fazia isso.

A paciente começou a chorar, mas a professora foi paciente e explicou tudo, era um câncer besta, ela ia ficar curada com a tireoidectomia, mas a paciente acha que vai morrer, mas ela se acalmou. Foi muito bom, a gente pôde ver, ter uma idéia de como fazer”. [Fragmento de entrevista – Telma - 3º ano/ 6º período]

“Outro momento que eu achei interessante na relação médico-paciente que a gente teve, foi, teve uma paciente que tinha hipertireoidismo, toda descompensada, fazia dez anos que era mal tratada, jogada de um canto pro outro, e aí quando ela chegou no consultório, a médica falou, não você vai ter que ficar internada, a mulher começou a chorar, começou a chorar, e tipo ela só aceitou que tinha que ficar porque a médica mandou, aí a médica falou assim, depois que terminou tudo, depois vocês tirem um tempinho e vão lá na enfermaria conversar com essa paciente, aí juntou eu e mais dois colegas e gente foi lá conversar com a paciente, e assim, eu achei que foi um momento muito bom porque a paciente começou conversando com a gente chorando e olhando pra o chão, quando terminou ela tava olhando pra gente e falando que ia ficar boa, naqueles 15 minutos que a gente teve com ela, e isso foi um aspecto positivo como só conversar... E a gente foi só conversar mesmo, ela falava que disseram que ela ia ter que tomar uma transfusão de sangue, e ela tava com medo, teve uma amiga dela que morreu, só que ela terminou depois que a gente tava conversando, não eu quero fazer a transfusão de sangue porque eu quero ficar boa, cuidar dos meus filhos, não sei o quê. Foi produtivo pra paciente, pra mim foi produtivo e eu observei também o efeito disso nos meus colegas, umas das pessoas que tavam comigo, um colega meu, ele sempre foi uma pessoa bem cientificista assim, aquele professor era um dos ídolos dele sabe, e eu vejo hoje em dia que ele... ele é do meu grupo, eu converso muito com ele e tudo e eu noto que ele é umas das pessoas que agora se preocupa um pouco mais em como aquele paciente... assim, se preocupa um pouco mais com a relação” [Fragmento de entrevista – Telma - 3º ano/ 6º período]

No primeiro relato é evidente o não-reconhecimento da paciente enquanto sujeito, mas “parecia um corpo doente e pronto”. No segundo, os alunos têm a oportunidade de observar um bom atendimento diante do difícil momento de dar uma situação ruim. E no terceiro, eles experimentam o efeito terapêutico que o “conversar” possibilita, e o quanto a prática, o encontro com o sofrimento do outro pode também proporcionar o crescimento e reencontro com a própria humanidade.

O que houve nas duas últimas interações foi, segundo as palavras de Martins (2005, p. 73), “algum tipo de ampliação da consciência, de aprendizado libertador e de cura ao médico: a possibilidade dialógica de se ver no outro e de se humanizar com ele”. Elementos vitais para o alcance de uma relação médico-paciente humanizada na doença, reabilitação ou processo de morte.

O fato é que as experiências de ensino-aprendizagem em relação a lidar com o paciente perante a morte são bastante escassas tanto em relação à estrutura do curso, que muitas vezes não possibilita contato com os paciente desde o início, bem como pelas dificuldades de promoverem um treinamento de habilidades nessa direção, aliado ainda às marcas culturais de negação da morte que caracterizam o homem ocidental, ainda neste século.

Por outro lado, sabemos que também são raras as oportunidades entre os alunos, entre eles e os profissionais, no que diz respeito a seus medos, culpas, inseguranças, angústias e outros sentimentos que surgem no cotidiano da relação médico/aluno/paciente e família.

Millan et al. (1999, p. 86-87) afirmam:

a falta de um espaço para a troca de idéias a respeito dessas experiências contribui para acentuar o isolamento, trazendo a crença de que se trata de um problema único que não pode ser compartilhado, pois ninguém mais estaria passando por isso e não compreenderia.

A solidão diante das dificuldades para enfrentar a dor de não salvar, de não saber dar a notícia ruim, de não saber confortar, nem ficar ao lado do paciente à morte, são etapas vivenciadas que, se não forem acolhidas, enfrentam um percurso de grande vulnerabilidade ao desenvolvimento de mecanismos rígidos de defesa e de distanciamento do outro e de si mesmos.

Elisabeth Kübler-Ross (1996), em seus estudos, distinguiu alguns estágios pelos quais passam os pacientes em estado terminal, desde o conhecimento do prognóstico. Não se apresentariam em ordem cronológica, podendo o doente experimentar vários sentimentos ao mesmo tempo ou não atravessar alguns deles. Esses estágios norteiam muitas das relações das equipes com seus pacientes, podendo facilitá-las, desde que se atente sempre para a singularidade da pessoa doente e das circunstâncias específicas que a cercam.

Trazemos neste momento essa referência na intenção de estabelecer um paralelo dos estágios elencados pela referida autora com os estágios pelos quais podem passar o estudante de medicina e o médico diante de seu paciente terminal, desde o momento da configuração do prognóstico.

Primeiro estágio – a negação. A reação do paciente pode ser sintetizada na frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”. E nos médicos pode ser representada por: “Meu paciente vai morrer? Não, não vai, eu vou conseguir curá-lo, a medicina tá avançando...”. O residente 1 comentou: “A gente às vezes vê que o paciente não vai passar mais dois dias e o médico dele dizendo que ele está bem, e pior, dizendo à família. Os caras às vezes não querem enxergar, é muito comum.”

A negação é um mecanismo de defesa simples e radical, que funciona como um “pára-choque” diante de uma notícia grave. Chega a ser uma necessidade inicial, mas sua manutenção pode dificultar o tratamento, ou o reconhecimento do fim, e conseqüentemente impedir as chances das despedidas. No caso dos médicos, pode levá-los a fornecer falsas esperanças aos pacientes e familiares.

Segundo estágio – revolta. Diante da impossibilidade de não ver os sinais da doença, o paciente sente revolta e se pergunta: Por que eu? Às vezes têm ressentimentos por todos que continuarão vivendo – parentes e equipe. Quando percebe que tal sentimento não mudará a situação, passa para o estágio seguinte. Quanto aos médicos, pode ser menos explícito esse sentimento, mas surge em frases como: por que comigo? Ele podia não morrer, ou não morrer agora? Será que errei? A fala de uma aluna: “Eu já vi um residente dizer que não dá para não sentir revolta quando perde um paciente”. Os dois primeiros estágios vão estar presentes diante da dor de não salvar.

Terceiro estágio – a barganha. Significa pedir alguma coisa e dar outra em troca. No caso dos pacientes, a barganha é realizada com Deus, santos, anjos. Seria um compromisso que o deixaria ligado à vida, o impediria de morrer, uma meta que só depois de tê-la feito pode morrer. Para os médicos está presente em comportamentos como: “Se eu não posso curar, quero pelo menos ajudá-lo a ter uma qualidade de morte, tentar realizar o que ele deseja” (Tibério - 3ºano/5º período).

É importante salientar que nos nossos achados nem sempre é possível relacionar a atitude referida acima como sentimentos de barganha. Em algumas situações, o discurso mencionado se refere ao ingresso no último estágio, à aceitação de que seu paciente (do médico) também morre e que existem possibilidades terapêuticas quando se tem o cuidado como tarefa da medicina. Aqui vamos ter a presença dos desejos e dificuldades em comunicar e envolver-se para proporcionar uma qualidade de morte ao paciente.

Quarto estágio – depressão, tristeza. O paciente não pode mais negar sua morte, nem rebelar-se contra ela, então entra em cena o sentimento de perda. É uma fase preparatória para a seguinte, que nos casos dos médicos significa lidar com a perda anunciada de seu paciente, acolhê-la, e se possível compartilhá-la para alcançar o outro estágio que o permitirá facilitar o alcance da qualidade de morte de seu paciente.

Quinto estágio – a aceitação. Nesse momento, depois de tantos sentimentos fortes, o paciente começa a se desligar do mundo exterior e geralmente, após tomar providências (quando possível), ele busca a

presença de entes queridos enquanto espera a morte. Para os médicos, quando eles alcançam esse estágio é possível concretizar o desejado “estar junto até o fim” e seguir a rotina depois, apesar da tristeza, da perda. Como disse um aluno: “A tristeza faz parte, é importante que faça, como também existem os momentos alegres com esses pacientes, mas em toda despedida há alguma dor, se houve algum vínculo” (Felipe - 4ºano/8º período). Portanto, estaríamos diante do aprendizado de um “acostumar-se” que não evita a proximidade por medo de sucumbir diante do sofrer.

Estamos diante de uma realidade em que o desenvolvimento da ciência médica e do seu instrumental tecnológico cresce em uma velocidade e alcances inimagináveis, com um também crescente adiantamento do momento da morte, sem se preocupar com proporções semelhantes à qualidade de vida do sobrevivente, o sentido e significado do processo de morrer, nem com o profissional ou o aprendiz que também adoece por não saber o que fazer com a dor do outro, que não é sua, mas lhe dói.

Milan et al. (1999) e Nogueira-Martins (1994) advertem em suas pesquisas quanto ao alto índice de alcoolistas entre médicos, o uso exacerbado de psicotrópicos para anestesiá-los suas dores. Da mesma forma, sintomas depressivos e altas taxas de suicídio são freqüentes durante o curso de formação médica (Millan et al., 1990; Kaltreider, 1990, Miranda et al.1991).

Abraçamos as palavras de Hennezel (2001, p.42), quando diz:

é importante abrir espaços de cuidados aos profissionais que tratam de pessoas no fim da vida, no deserto afetivo que se

constitui dentro dos hospitais. Permitir que cada um possa sair da negação, do silêncio, da ilusão de onipotência, para poder falar do que está vivendo e o que o comove. É fundamental que os profissionais percebam: que não estão sós nessa empreitada, que não precisam submergir na sua aflição; adquirir a distância sobre o que não podem resolver e se aproximar do que podem cuidar.

Para que os médicos possam ajudar seus pacientes na travessia final, é necessário cuidar das dores desses cuidadores. Não há cuidado sem humanização das relações, sem disponibilidade para escuta, para o falar e o ouvir recíprocos.

Proporcionar uma assistência humanizada na hora da morte (e não apenas nela), como almejam os entrevistados, implica dar lugar à palavra e suas expressões, dor ou alegria, tanto aos pacientes quanto dos médicos. Implica um processo de aprendizagem que, ao reconhecer a força presente no compartilhar palavras e emoções, caminhe em direção ao desenvolvimento de atitudes que promovam a desejada comunicação qualificada (ou competência comunicacional) e o domínio emocional.

Algumas iniciativas vêm surgindo nas últimas décadas, visando a humanizar a formação médica e a cuidar da dor do cuidador, enfrentando o desafio de lidar com os limites da profissão e do aprender a compartilhar perdas e ganhos.

Foi possível observar a procura de modelos durante a formação médica, quando nossos entrevistados responderam à seguinte questão: a partir de tudo que já conversamos, como você acha que a formação acadêmica pode ajudá-lo a lidar com o processo de morte de um paciente, o que você deseja, sugere?

Dividimos as respostas obtidas em cinco eixos.

A – A abordagem do tema morte;

B – Experiência prática com pacientes terminais;

C – Assistência psicológica;

D – Metodologia;

E – Professores.

A – Abordagem do tema morte. Os alunos e residentes já haviam deixado claro que o tema é pouco abordado; neste momento eles fornecem sugestões, dentre elas: educação continuada sobre o tema, mais ênfase nas disciplinas humanistas, momentos específicos somados à abordagem continuada.

- *Educação continuada sobre o tema:*

“Eu acredito que principalmente nas disciplinas clínicas né, do jeito que há um enfoque da relação médico-paciente deveria haver também uma reflexão dessas questões sobre a morte, né, e é uma coisa que não tem até o momento. Deveria ser abordado de forma mais cotidiana, já que vai fazer parte da vida do profissional médico, então tem que começar a fazer parte da vivência do estudante ao longo do curso” [Fragmento de entrevista – Tibério - **3º ano/ 5º período**]

“Introduzir esse tema mais em cada disciplina, a morte né, em cada disciplina poderia ter a morte do paciente cardiopata.” [Fragmento de entrevista – Felipe - **4º ano/ 8º período**]

“Tem que primeiro falar sobre a morte, que não se fala, e assim, tentar realmente fazer com que fosse uma coisa durante o curso inteiro e não só uma coisa pontual, que fosse em etapas, ou pelo menos de mês em mês, eu não sei que forma se iria abordar isso mas que fosse uma coisa mais seguida, pra gente também ter esse segmento pra gente. Como a gente teve uma pequena experiência em psicologia

médica que a gente teve aula só de conversar com o paciente, que a gente tivesse isso no dia-a-dia. É uma coisa muito complicada de se sugerir e até complicada de montar a estrutura disso, mas eu acho que deveria ser pensado”.
[Fragmento de entrevista – Simone - 6º ano/12º período]

Falar sobre a morte durante o curso, fazer parte da agenda acadêmica é o solicitado. Alguns pesquisadores vêm advogando que a educação formal sobre a morte e o morrer pode diminuir a dificuldade de tratar do assunto com pacientes terminais (Barton, 1992; Rappaport, 1983; Kóvacs, 1992, 2003). No entanto, poucas escolas oferecem disciplinas que tratem desse assunto (Zaidhaft, 1990; Vianna e Piccelli, 1998; Eizirik, 2000; Kóvacs, 2003), e quando o fazem geralmente é na disciplina de Oncologia ou Psicologia Médica, como citado pelos entrevistados.

Apesar de crescentes iniciativas a esse respeito, Eizirik (2000, p. 54) cita dados apresentados por Foley¹⁰, estimando que apenas cinco das 126 faculdades de medicina dos EUA possuem um curso específico voltado ao cuidado do paciente terminal, assim como somente 26% dos 7.048 programas de residência médica oferecem um curso a respeito dos aspectos médico-legais no cuidado desse tipo de paciente.

Klafke (1991) sugere que essa dificuldade seja decorrente da falta de preparo desses profissionais, além do comportamento apresentado pelos pacientes durante a evolução de uma doença terminal.

- *Maior ênfase do tema na disciplina de Psicologia Médica.* A disciplina foi lembrada como espaço que, embora traga o tema, o faz de forma

¹⁰Foley K. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. N Engl J Med 1997; 336.

superficial e abordando apenas parte da relação médico-paciente perante a morte.

“Não sei, já que a gente paga uma cadeira de psicologia médica, ela pudesse abordar melhor esse assunto. Com alguma prática, ou mais exemplos de como lidar, falas do médico não só do que passa o paciente” [Fragmento de entrevista – Cecília, 5º ano/10º período]

- *Momento específico para abordagem do tema somado à abordagem continuada.* Alguns alunos sugerem que se construa uma disciplina ou projeto de extensão para se trabalhar apenas a relação do médico com a morte, ainda que o tema perpassasse as clínicas.

“É, de repente no currículo poderia ter, sei lá, um dia na semana, uma manhã, uma tarde, um turno todo, pra gente fazer algumas dinâmicas de grupo, dividir a turma em vários grupos e cada um ia discutir um tema sobre a morte, fazer um horário mais light, pra justamente ta conversando essas coisas do médico com o paciente terminal. Pode ser uma disciplina, uma extensão. A gente poderia até tentar montar um grupo, eu não sei como é que a gente faria isso dentro da universidade, mas eu acho que tem como né, a gente poderia tentar montar um grupo, por exemplo de estudantes de medicina e de psicólogos” [Fragmento de entrevista – Felipe - 4º ano/8º período]

A fala do estudante nos remete à experiência de grupos de reflexão que vêm se difundindo em algumas universidades brasileiras, por meio de disciplinas humanísticas onde se dá as discussões entre pequenos grupos de estudantes da mesma fase do curso (De Marco, 2003), ou programas de tutorias, por exemplo da FMUSP, onde se reúnem estudantes de várias anos e um professor tutor; ou ainda professores de várias clínicas, os alunos do mesmo período. Por exemplo: disciplina eletiva “Reflexão sobre a prática médica/Faculdade de Medicina da UFRJ” (Souza, 2001).

Cabe registrar que as iniciativas com alunos do quinto ou sexto ano são as mais crescentes. Como exemplo, temos as sessões de sociodrama na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), dirigida ao sexto ano (Ramos-Cerqueira et al., 2005).

O recurso dos grupos de reflexão, ao debater as vulnerabilidades pessoais e profissionais e as limitações da prática médica, ao mesmo tempo em que acata a sensibilidade como uma dimensão do humano que pode ser utilizada a serviço do saber-fazer médico, ao contrário de representar um ruído à sua prática; também pode constituir instrumento de prevenção para os riscos de sofrimento nos profissionais da medicina. São estratégias herdeiras dos grupos Balint¹¹.

B - Experiência prática com pacientes terminais. Ao longo da pesquisa, os entrevistados avaliam a sua experiência prática como escassa e dificultada pela existência de um número grande de alunos nesses momentos. Solicitam mais experiência com o paciente terminal, mediante acompanhamento, preparo e supervisão de médicos e profissionais de saúde mental – psiquiatras e/ou psicólogos.

Vejamos exemplos:

“Uma sugestão já dada pra um professor nosso, é fazer escala em UTI, e numa das aulas dele ele perguntou se algum dos estudantes já tinha visto alguém morrer, ninguém respondeu, até porque acho que ninguém realmente viu, então colocar o estudante de medicina frente a frente com o

¹¹ Grupos Balint ou grupo de reflexão sobre a tarefa médica, são coordenados por um profissional da área psi e destinados a clínicos e/ou especialistas centrados na discussão de casos com abordagem de aspectos pessoais, familiares e institucionais.

paciente terminal, em estado muito grave, acompanhar aquele paciente e se infelizmente acontecer o óbito ele tá lá pra acompanhar e pra aprender a lidar com isso. Antes teria que preparar o aluno. Eficaz, pra começar né. E jogar o aluno numa UTI com paciente grave mesmo acompanhado de um médico docente já seria uma parte final desse aprendizado.” [Fragmento de entrevista – Tibério - 3º ano/ 5º período]

“Eu acho que ajudaria sim. A gente tem prática na maternidade, com bebê, adultos, porque não ter com o paciente terminal?” [Fragmento de entrevista – Fernanda - 4º ano /8º período]

Para Vianna e Picceli (1998), o contato com pacientes terminais intensificou-se com o aumento da experiência clínica e teve na maioria das vezes influência positiva.

Já Ramos-Cerqueira et al. (2005, p. 83) comentam:

Inegavelmente a existência do internato foi um avanço, na medida em que determinou um período mínimo de atividade prática intensa e supervisionada. Contudo, essa vivência intensiva acabou por levar o aluno a deparar-se, súbita e cotidianamente, com situações difíceis: o seu próprio limite, os limites de seu paciente e os limites da medicina. Muitas vezes ainda não viveu, de forma gradual, outras situações de encontro com o paciente, com a comunidade e com o sistema de saúde, já entrando em contato com atendimento hospitalar terciário e quaternário.

Portanto, o contato com o paciente terminal pode diminuir o medo de interagir com tais pacientes (Howels, 1986; Klafke, 1991), mas é imprescindível um preparo adequado para essa experiência.

Outra sugestão mencionada diz respeito a consultas conjuntas, como demonstra a ilustração abaixo:

Felipe: “Uma idéia que eu já tive foi a seguinte, a gente, enquanto estudante, a gente não acompanha médicos?”

Entrevistadora: “Exato.”

Felipe: “Pra desenvolver o lado técnico né, as vezes eu vou pra cirurgia com um médico, a gente discute o caso, porque não a gente não pode, por exemplo, acompanhar um

psicólogo? Um psicólogo hospitalar né? Por que não, né? Assim, de repente não que a gente esteja querendo invadir a área de vocês, mas pra gente ir tendo uma noção de como lidar com essas coisas. A gente poderia fazer isso, vamos supor, um curso de extensão com os docentes sendo alguns psicólogos, e vamos então pra Liga, por hospital Luiz Antonio, então. (referindo-se a um hospital referência em oncologia).”
[Fragmento de entrevista – Felipe, 4º ano/8º período]

A consulta conjunta é uma prática de ensino em serviço, originária da interconsulta¹², que visa a integrar pessoas e saberes no cotidiano dos serviços de saúde, objetivando sensibilizar, mobilizar e capacitar para mudar concepções, práticas e relações, a fim de proporcionar cuidado integral à saúde.

A consulta conjunta vem sendo exercitada nos ambulatórios do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), com o propósito de capacitar médicos e psicólogos para a prática do cuidado integral à saúde. (Mello Filho, 2005, p. 148-149). No entanto, não era do conhecimento de nosso entrevistado e sua sugestão surge na necessidade vivenciada de integrar esses domínios.

C – Assistência Psicológica. A proposta de serviços de assistência psicológica surge entre alguns alunos, especialmente os do internato (5º e 6º ano). Quando o estudante não consegue elaborar os conflitos gerados pelas dificuldades próprias do curso médico, é importante que existam propostas

¹² O conceito de interconsulta foi divulgado por Ferrari et al. (1980). Os autores advogam o emprego dessa técnica para substituir a prática de respostas a pedidos de parecer um hospital de Psiquiatria – o Hospício de Las Mercedes, em Buenos Aires. Segundo os autores, a técnica da interconsulta dinamiza a prática individual de respostas de pareceres, transformando-a num momento interativo, de discussão dos elementos envolvidos no atendimento. O emprego dessa técnica fertilizou e renovou o trabalho de psiquiatria conhecido também como ligação.

de assistência psicológica e acompanhamento psicopedagógico, fazendo parte de um programa de atenção primária à saúde dos estudantes (Pereira e Costa, 2005). Os estudantes ilustram tal argumentação:

“Eu acho que tem que ter um suporte psicológico, porque teve uma amiga minha que antes mesmo de entrar na faculdade ela já acompanhava com a psicóloga semanalmente, por conta dela, outra colega da minha turma ela é acompanhada por psicólogo e psiquiatra. A gente tem que estudar muito, responsabilidade enorme, a gente lida todo dia com choro, com sofrimento, de pacientes com dor na unha a casos mais complicados, abrange todo mundo, mas muitos de nós, entramos muito jovens, então fica mais difícil ainda lidar com isso” [Fragmento de entrevista – Carmen - 5º ano/9º período]

“É, de alguma forma era bom que mostrasse pra gente que tem alguém pra dar suporte ali, que as vezes a gente tá precisando conversar e poderia ajudar bastante. Ter um serviço de psicologia a disposição como existe em muitas universidades” [Fragmento de entrevista – Simone - 6º ano/12º período]

Millan (1999, p. 246), em levantamento realizado (1995-1999) sobre esse tipo de serviço, encontra que a assistência psicológica ao aluno de medicina no Brasil remonta à década de 50, mas poucos serviços conseguiram dar continuidade ao trabalho por um período longo, apesar de haver consenso quanto à importância e necessidade deles. Ele afirma que “a escassez de recursos materiais, a política institucional e a indefinição de um *setting* adequado parecem ser as causas mais comuns que levam à extinção dos serviços”.

D – Metodologia

Explorar o autoconhecimento e antecipar situações que auxiliem na expressão dos afetos experimentados pelos alunos faz parte do repertório

de objetivos que norteiam as metodologias ativas, não apenas a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como um todo, mas a utilização de grupos de reflexão e consulta conjunta, por exemplo.

Os entrevistados possuem clareza de que, diante da proximidade da morte de seus pacientes, necessitam desenvolver atitudes que os ajudem nesse enfrentamento. Assim sugerem esse tipo de recurso, conforme sintetiza o discurso da aluna:

“Primeiro, discutir o tema que não é discutido, discutir de forma prática, seja com filmes, teatros, psicodramas, as situações vividas por cada um, a realidade ser discutida porque aí é que a gente mostra crescimento, e tudo ser discutido em grupo porque a experiência de um pode ajudar muito do ponto de vista geral. Mas em primeiro lugar é o tema discutido na faculdade.” [fragmento de entrevista – Simone - **6º ano**/12º período]

Poder falar em morte é preciso, como é preciso aprender a manejar as dificuldades compartilhando com os pares, como ilustra as falas seguintes:

“Eu não sei qual o intuito do psicodrama, mas que serviu pra isso, porque a gente montava entre a gente quem era o médico, quem era o paciente, depois você tinha que contar pra o paciente o diagnóstico, foi bem interessante, isso seria de grande utilidade pra gente não ser pego de surpresa, porque eu não fui pega de surpresa no Giselda, (hospital de doenças infecto-contagiosas) mas você pode ser pega de surpresa, quando um professor chega e diz, ah vamos atender um paciente, e você vai dar o diagnóstico pra ele. A gente também aprende com o modelo que o outro representou.” [Fragmento de entrevista – Cecília - **5º ano**/10º período]

“Acho que sempre que pudesse deveria ter cinema. Foi muito importante aquele filme Golpe do Destino, a mudança daquele médico me fez pensar em muita coisa que não quero ser. Outro filme também em oncologia que o paciente terminal passa por diversas fases.” [Fragmento de entrevista – Felipe **4º ano**/8º período]

Os métodos psicodramáticos, assim como a utilização de cinema, são recursos que ajudam na projeção e expressão dos sentimentos, como na identificação com os papéis, sejam de pacientes ou médicos, ajudando na construção de identidade médica, assim como as experiências de consulta conjunta, grupos de reflexão e, mais recentemente, a medicina narrativa.

Com o cinema podemos ter aumentadas as possibilidades do concreto e das vivências que em cada pessoa se encontram reduzidas a um pequeno repertório de experiências pessoais. (Blasco, 2002). Contribui para reflexão de valor, atitudes, limitações e modos de ser do humano.

A medicina narrativa, por sua vez, contribui para o desenvolvimento de competências em comunicação e ajuda o estudante a aprofundar seus sentimentos e dificuldades com os pacientes.

Foi proposta por Rita Charon (2001), como um modelo para o desenvolvimento de uma prática médica humana e efetiva. Essa autora criou o termo “medicina narrativa” para designar uma medicina praticada com competência narrativa e marcada por uma compreensão de situações narrativas complexas entre médicos, pacientes, colegas e o público.

Segundo Almeida et al. (2005), foi implantada inicialmente na Universidade de Columbia, em Nova Iorque. Os treinamentos estimulam os estudantes a escrever sobre seus pacientes em linguagem não-técnica, ajudando-os a descobrir e a compreender seus próprios sentimentos e o saber dos pacientes. Esse programa fornece um treinamento em leitura de textos literários, para ajudá-los a interpretar e compreender o sentido das

histórias de outros. O conhecimento de obras destacadas da literatura pode ajudar o futuro médico a conhecer-se a si mesmo e aos pacientes, potencializando sua habilidade empática.

No Rio de Janeiro, na Escola Superior de Ciências de Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS), a medicina narrativa vem sendo utilizada na terceira série do curso de medicina.

Selecionamos ainda algumas reflexões no debate realizado nas oficinas, em que se sugeriu a utilização das “cenas” como um recurso capaz de auxiliá-los durante a formação para lidar com a morte.

“A idéia da oficina é bem interessante, porque na oficina, principalmente quando tem essa parte expressiva de arte é que às vezes a gente consegue. É nessas horas, do cinema, de uma dinâmica, de um colega contando um caso é que a pessoa consegue se abrir. Como foi agora construir essas “cenas”, eu parei para pensar mesmo como seria, me emocionei, e agora na discussão tive outras idéias, foi muito re-confortante.” [Fragmento da oficina - Cecília - 5º ano/10º período]

“Teve momentos difíceis aqui para escrever essas ‘cenas’, mas também foi o melhor de ter participado dessa pesquisa, saio daqui querendo mais momentos desses, acho que cresci. Tem como pensar isso numa disciplina que falasse de morte, de relação médico-paciente?” [Fragmento da oficina – Clara 5º ano/10º período]

Interessante observar que, na confecção das “cenas”, as narrativas construídas ajudaram ao autoconhecimento dos participantes. Ao criarem os roteiros, suas obras de arte projetavam seus próprios medos, dúvidas. Embora antecipassem também possíveis sentimentos dos pacientes, o foco maior era o médico – portanto, eles. Pensar, compartilhar, representou um início de uma atenção humanizada, do cuidado com esses cuidadores que

trilham seu caminho entre os modelos de ser médico que negam ou acolhem a dor, a morte.

E – Modelos potenciais: os professores

“O que aprendi na faculdade nesse sentido foi ao nível de alguns modelos, **alguns professores muito bons mesmo**, principalmente aqui na residência, mas **a grade curricular não**” [Fragmento de entrevista – Ricardo, **Residente 1**]

“Olha, tem uma busca pessoal, o jeito de cada um, mas a gente precisa ter em quem se espelhar, com quem conversar sobre essas questões e **as vezes o professor é muito distante**” [Fragmento de entrevista – Felix - **4º ano/ 8º período**]

“Na verdade, é que **quando o professor sabe lidar com o paciente à morte ele sabe ensinar também**. Não adianta mudar só o currículo **tem que mudar a mentalidade**” [Fragmento de entrevista – Carmen - **5º ano/ 9º período**]

“**O contato dos internos é mais com a gente, e se a gente não aprendeu a lidar com o paciente terminal, como é que fica?** Eu tento passar o que eu acho, mas é preciso se investir no professor desde o início para que ele trate dessa questão.” [Fragmento de entrevista – Rafael, **Residente 2**]

A necessidade de um modelo identificatório parece ser, nas falas, proporcional à constatação do despreparo de partes dos professores para exercerem esse lugar no lidar com a morte. Faz-se necessário, segundo os depoimentos, resgatar a relação professor-aluno. Nas palavras de uma aluna, “mudar a mentalidade”, e no dizer de Arruda (1999, p. 45), “re-humanizar o professor”.

Em relação à formação da identidade médica, cabe lembrar que o estudante de medicina se encontra numa etapa evolutiva específica (adolescente – adulto jovem), importante fase de individuação que tem entre

suas características esse movimento de abandonar posturas e atitudes anteriores e adquirir nova identidade pessoal e médica, momento em que estará particularmente sensível à influência de seus pares – colegas, e especialmente professores. (Zaidhaft, 1990; Eizirik, 2000).

Postulam-se, então, como metas para a composição do ensino médico, medidas que permitam a identificação do estudante com profissionais claramente capazes de expressar e discutir seus sentimentos frente às situações de dor, sofrimento e morte. Sobretudo, buscam-se professores e preceptores mais simpáticos com seus pacientes, hábeis no sentir e em verbalizar suas experiências com as sensações geradas corriqueiramente, oferecendo ao acadêmico a vivência mais saudável, mesmo que ainda ansiogênica (Castro, 2004, p. 44).

Diante da necessidade de discutir o tema da morte nas escolas médicas, várias propostas de criação de cursos para educadores vêm surgindo, sempre conduzidas por estratégias como cinema, psicodrama, *role-playing*, *workshops* – todas buscando retirar a impessoalidade do tema e encorajar o lidar com os próprios sentimentos (Atting, 1992; Coffman & Coffman, 1996; Kovács, 1999).

O mestre Quíron é o ideal desejado exatamente por saber lidar com o próprio sofrimento e o do outro, conseguindo estar ao lado de seus discípulos e pacientes no adoecimento e na morte.

6.3 Quando a prática queima os dedos. A mensagem do Deus Hermes: cuidar da dor do cuidador

*A voz é rouca e dorida e a distância tão penosa
. Quem sofre já não se espanta: cala e chora.*
Cecília Meireles

A partir dos discursos dos estudantes/residentes de medicina sobre as percepções em relação às suas interações intersubjetivas no encontro da morte de um paciente ao longo da formação médica, e a avaliação desse processo, é possível responder a outra indagação, de acordo com o plano analítico inspirado em Habermas (1996): Essas interações são coerentes com o ideal de médicos que os estudantes perseguem?

Não é apenas a voz do paciente que cala e chora a distância imposta pelo pensar instrumental que invadiu a prática médica. Os estudantes de medicina e os médicos são impedidos pelo horizonte morfofuncional que legitima essas práticas, de expressar e escutar a dimensão da intersubjetividade, de se aproximar do sofrer humano; são ensinados a calar a dor do outro e a sua.

Mas há quem se espante e não cale. Os desejos revelados pelos entrevistados, de serem médicos técnicos e humanos na doença e na morte de seus pacientes, defendidos pelas novas diretrizes curriculares, buscam levantar vozes que promovam a ampliação desse horizonte formativo e transformem o encontro médico-paciente em cuidado, algo possível quando o horizonte é a humanização.

A capacidade constante de voltar ao diálogo, de ouvir o outro, parece ser a verdadeira elevação do homem a sua humanidade, afirma Gadamer (2002).

De outro lado, recorreremos também à Ontologia Heideggeriana, que, ao mesmo tempo em que critica o pensar instrumental, metafísico, nos convida ao reencantamento com o humano, redefinindo que humano é esse, a que ele se destina.

Heidegger (1995), ao voltar-se para questão do “ser”, busca o sentido desse “ser” analisando o ente-homem, em sua existência concreta, cotidiana, impermanente e compartilhada – humana. Interpreta, pois, a existência do homem sob nova ótica. *A essência do homem reside na sua existência.*

Michelazzo (2002) assegura que, ao mostrar o homem como existente, Heidegger difere significativamente do pensamento substancialista que o concebe como entidade fechada, idéia essa marcante no pensar metafísico.

Esse ente-homem ele vai chamar de *Dasein* – o **ser-aí**. O ser é movimento, é um ser sendo, não pode ser nunca objetivado, preso em um único sentido. O **ser-aí** tem que construir-se a cada instante, em cada escolha. É sempre possibilidade de ser e responsabilidade de ser, é fundamentalmente poder-ser: *projeto*.

É também constituinte do ser-aí o fato de “*ser-no-mundo*”. O mundo, nesse sentido, é uma totalidade de relações significativas, não sendo possível concebê-lo à parte do ser-aí, nem esse fora do mundo. Ou seja, o

significado das coisas não está nelas mesmas; o ser de tudo aquilo que há se encontra no estar sendo dos homens do mundo (Critelli, 1996).

A existência do ser-aí, por sua vez, é sempre coexistência, “*ser-com*”. Não se trata de vivermos sozinhos, em sociedade, e sim, de uma condição originária, ontológica do humano. Ser humano é sempre ser-com-o-outro. No dizer de Critelli (1996, p. 78): “os outros não são aqueles com quem o indivíduo convive, nem aqueles que o completam: os outros constituem-nos.” Esse ser-aí enquanto existente tem como tarefa cuidar do seu “ser”, no mundo, com o outro.

Por ser dotado de linguagem, pode compartilhar, construir e reconstruir os sentidos. A mediação das palavras se faz necessária para garantir nossa humanidade; é somente quando a palavra está ausente ou falha é que somos capazes de barbaridades. Portanto a destrutividade, ou o que estamos chamando aqui de desumanização, pode se manifestar em não olhar o rosto do paciente, em não reconhecermos sua demanda existencial, em não ouvirmos suas motivações, suas verdades, privilegiando o ato meramente técnico em detrimento da palavra.

Nesse sentido, a humanização à qual nos referimos se destina a dar voz à palavra e a suas expressões de dor ou riso; a devolver ao humano sua principal tarefa: cuidar.

Cuidado é entendido com uma conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que por razões diversas, não visam à

ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde (Ayres, 2004a p. 12).

Fato é que os aprendizes de Asclépios aprendem sobre o poder da ciência, sobre o percurso da crença desmedida de que a verdade e o sentido do ser poderiam ser agarrados exclusivamente pela razão instrumental e seu olhar distante. Percurso este que se encontra em adiantado e inevitável volume de críticas (Ayres, 2004b).

No entanto, diante do trânsito pelas situações que queimam os dedos como a doença e a morte, e as conseqüentes dificuldades enfrentadas para se aproximar, se envolver e comunicar-se dialogicamente com os pacientes à morte, torna-se imprescindível a revisão do olhar distante para que possa haver menos paradoxos entre a verdades dos discursos e a prática das interações de nossos estudantes e residentes.

Significa que a ampliação do horizonte normativo exige também um esforço de reconstrução dirigido à esfera proposicional. Entender que a aproximação da realidade nos leva a ampliar o olhar para além das idéias claras e distintas do pensar cartesiano; da crença no fundamento último; implica acatar a incerteza, o indeterminado. Compreender que a verdade não é encontrada apenas na certeza do verificável, mas também nos espaços da intersubjetividade sempre em construção.

Ao retirar a subjetividade dos parênteses, antes colocada, vamos falar em consensos, nos quais a “realidade científica” será co-construída. Nessa perspectiva, a validação das experiências intersubjetivas se fará convocando

espaços consensuais nos quais a ciência possa se desenvolver com o novo pressuposto, que é a intersubjetividade.

Ou seja, nesse momento do percurso é possível interpor a essa tese a assunção da hermenêutica, no dizer de Ayres, como “um ponto de partida filosófico”, que, juntamente com a ontologia existencial, fazem uma reflexão sobre os limites do domínio científico-técnico da natureza e da sociedade (Gadamer, 2003), buscando o sentido existencial na totalidade das vivências a que se tem acesso por um diálogo (Rosenbaum, 2005); e do modelo entendimento intersubjetivo, defendido por Habermas (1996).

Ayres (2005, p.23) explica o significado da aposta na hermenêutica:

Trata-se mesmo de um convite para uma aposta conseqüente e responsável na construção de interações progressivamente mais inclusivas e ricas no campo da saúde [...] Interações nas quais a constatação dos fatos que interessam à nossa saúde não se restrinjam à positividade construída pelas ciências biomédicas, mas incluam de modo substantivo a reflexividade dos saberes humanísticos.

O autor nos remete à implementação de mudanças que objetivem a aquisição de competências na formação dos médicos que considere a experiência do sofrer como parte da relação profissional – portanto, também na atenção ao processo de morte.

E Habermas (2000), buscando discutir o sentido existencial, emancipatório e não somente instrumental das formas de vida, diz que o trabalho de desconstrução, por mais furioso que seja, possui conseqüências identificáveis somente quando o paradigma da consciência de si, da auto-relação de um sujeito que conhece e age solitário é substituído por outro –

pelo do entendimento recíproco, isto é, da relação intersubjetiva entre indivíduos que, socializados por meio da comunicação, se reconhecem reciprocamente.

Se o mito de Prometeu mutilado inspirou conhecimentos restritos ao saber médico no que tange à humanização, a mensagem do deus Hermes aponta as trilhas para esse reencontro na vida e diante da morte.

Hermes, filho de Zeus e de Maia, considerado mensageiro dos deuses, protetor dos caminhos, tinha permissão de estar nos três mundos: Olímpo, Terra, e mundo de Hades (dos mortos). Guiava os seres em sua mudança de estado: da vida para a morte e da morte para a vida. Era a barganha com a palavra e a rapidez do pensamento e ação que o permitia interpretar e transmitir os desígnios dos outros deuses, de onde vem o epíteto *hermeneus* (intérprete), originando a palavra hermenêutica. Sua astúcia, humor e habilidade com a palavra são o que lhe permitia abrir caminhos. Era um deus que não tinha casa, mas ao habitar a casa de outro o fazia sem ocupá-la.

Diante de uma prática que em algum momento vai arder a alma e queimar os dedos, é preciso aprender a desenvolver a *habilidade com as palavras* de maneira que os diagnósticos, tratamento, processos decisórios, prognósticos possam ser compartilhados entre pacientes e médicos. Por meio de uma razão consensual, por ser comunicativa; aprender a *habitar a casa do outro sem ocupá-la*, como ensina a aproximação hermenêutica.

Ser capaz de *transitar nas sombras* vai significar olhar para as próprias dores, cuidar delas para cuidar do outro – portanto, retirar a subjetividade do parênteses para enfrentar a intersubjetividade, a existência do ser-aí, com os outros. Cuidar da dor dos cuidadores é a condição para cuidar de forma humana da dor do outro.

7. (IN) CONCLUSÃO – A MORTE ILUMINA O HUMANO!

“Nem tudo que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes eu quero apenas tocar. Depois o que toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos”.

Clarice Lispector

É na tentativa de não cair na armadilha de terminar este texto estabelecendo o fim do problema pesquisado, que falamos em incompletude. Quanto mais nos aproximamos de um ponto final necessário, outros trabalhos despontam em perspectivas que se confundem com aspectos que julgamos não terem sido priorizados. O recorte que a delimitação inicial do objeto e o fazer da pesquisa nos exigiram realizar vem à tona, apontando lacunas, imperfeições, “esquecimentos”. Deixar de perceber os limites intrínsecos do processo de conhecimento e o caráter dinâmico da criação leva-nos a insistir em uma certa onipotência de pesquisador e a deixar de reconhecer que o nosso esforço é apenas um certo olhar e uma certa forma de pensar – compreender – intervir naquilo que, em determinado tempo e lugar, elegemos como objeto de estudo (Souza, 2003).

O desassossego existencial e epistemológico da pesquisadora encontrou um meio de expressão, não de conclusão. Não é apenas por estarmos falando em afirmações provisórias que essa reflexão não se encerra aqui, mas porque, ao demarcarmos um término para ela – um tipo

de morte – ela se abre para somar-se a outras vozes, outras letras, e ter vida.

A tentativa de tocar naquilo que “na prática queima os dedos” foi feita – falar sobre a morte e falar com (e sobre) ela com aqueles a quem foi atribuído o papel de curar, de lutar contra a morte – estudantes e residentes de Medicina. Entender-se com eles sobre o processo de construção do “ser médico” e sua relação com a morte, explorando o caminho da construção de desejos, valores, normas e “verdades” dessa interação foi o lugar que tocamos juntos; pretendendo responder a uma inquietude central: em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica.

O percurso trilhado nessa direção está presente em sua íntegra ao longo do texto, é na travessia que realizamos, e na que se iniciará, que se encontra o real, como afirmou Guimarães Rosa, e não na chegada ou partida. Embora nos caiba nesse momento de chegada e partida sistematizar um pouco a trilha percorrida e sinalizar algumas pistas encontradas. É do diálogo com os estudantes e residentes de Medicina, do encontro com suas vozes que saltam as afirmações desta (in) conclusão.

Partimos – abrigados na ontologia existencial, na hermenêutica filosófica e na Teoria da Ação Comunicativa, como pontes para estabelecer a escuta e a compreensão desse processo – buscando dar inteligibilidade, nos contextos de formação médica, à tarefa da linguagem, por ser esta reguladora das ações humanas e das relações sociais. Buscávamos

identificar e interpretar as pretensões e condições de validade dos discursos que permeiam os valores, as concepções (esfera normativa – o que é correto), as suas verdades acerca do ensino médico (verdades aceitas – o que é entendido como verdade) e o plano de autenticidade das interações estabelecidas, a sua subjetividade (as expressões subjetivas)

Na primeira parada do percurso – o horizonte normativo – os interesses, as auto-exigências consistem em ser um bom médico, entendido como bom técnico e humano na doença e na morte. Identificados com o papel de salvador, os estudantes querem salvar, mas cuidando. Desejam “estar junto” de seu paciente.

Embora inseridos num contexto cultural que interdita o tema da morte e do morrer, os estudantes e residentes demonstram sensibilidade e desejo de participarem de uma possível re-humanização do processo de morte nas instituições de saúde.

Nessa direção, citam vários papéis além de evitar a morte, coerentes com a referida proposta – promover qualidade de morte, estabelecer comunicação qualificada com o paciente e a família, conseguir acompanhar o paciente até sua morte e ter equilíbrio emocional para continuar a rotina de trabalho após a morte de um paciente.

Porém, eles também ressaltam que há em sua formação prioritariamente o engendramento de uma identidade técnica. Os alunos dos primeiros anos sinalizam esperanças nas inovações curriculares para alcançarem seus desejos e os alunos dos últimos anos destacam um certo desencanto com a formação e solidão nessa busca para “não se

desumanizar”. É evidente a presença de horizontes normativos distintos – as concepções desejadas encontram tensões diante da racionalidade da biomedicina.

Na parada seguinte – o plano da pretensão da verdade dos discursos – a aceitação ou não de proposições, das orientações recebidas, nos apresentará ao início da construção da racionalidade médica tecnocientífica, nas aulas de Anatomia. A morte biológica abre-lhes as portas à investigação científica, revela que a verdade da doença deve ser buscada na intimidade dos tecidos mortos, sem voz, identidade, sem contato humano, ou melhor, buscando despir-se deste por meio da evitação de qualquer sinal de humanidade do cadáver, ou do próprio estudante (ao insinuar revelar seus sentimentos). Começa nesse momento o processo de expropriação dos sentimentos, de negação de aspectos existenciais e simbólicos da morte. O distanciamento da subjetividade é a estratégia adotada para se obter o conhecimento objetivo, claro, exato, apregoadado por um tipo de saber científico que construiu seus pilares em cima da cisão sujeito-objeto.

O silêncio em torno da morte encontra algumas brechas nas aulas de Oncologia, nas humanidades médicas (em especial a Psicologia Médica). É a presença de uma perspectiva que objetiva alargar o horizonte da normatividade morfo-funcional da medicina tecnocientífica, incorporando os saberes humanísticos.

No primeiro horizonte a prescrição é: “não pode se envolver!”, ou ainda uma relativização para: “não pode se envolver, **muito**”. O argumento utilizado para defender essa proposição é a evitação do sofrimento do

estudante, desde o cadáver ao primeiro paciente à morte. “Condição” para que ele consiga tornar-se médico, mediante discursos coercitivos.

O estudante transita entre essa conformação e o horizonte acenado pela proposta de humanização da assistência e re-humanização da morte que vai de encontro aos ideais almejados por eles.

Nessa direção desponta a proposição do “ter que comunicar a notícia ruim”. No entanto eles não aprendem como se envolver com equilíbrio, como vão conseguir conversar com seu paciente sobre sofrimento e morte? Como mudar a direção do seu olhar, da sua prática? Eles sabem que não ser tocado pelo outro e sua dor não será possível o tempo todo, descobrem isso nas interações com os pacientes, e reclamam por práticas , professores e política de educação que os auxiliem, que preparem eles e seus educadores a se envolverem e saberem comunicar sobre a morte, pois é fato, seus pacientes também morrem.

Em outras palavras, é ao desenvolvimento do domínio emocional e a aquisição de uma competência comunicativa que eles se remetem, domínios estes de incorporação prevista nas reformas curriculares e pedagógicas em desenvolvimento no país, embora com uma evidente distância entre intenção e gesto. As verdades dos discursos se deparam com paradoxos na prática. Suas narrativas ilustram uma vivência em que ambigüidade é a tônica - precisam e querem ser “suficientemente frios” e “suficientemente humanos” no seu saber-fazer.

O reconhecimento da dimensão do sujeito em cada paciente e em si mesmos, é condição imprescindível para um encontro clínico humanizado no

caminho dos futuros médicos, se isso não ocorre na relação professor-aluno durante o ensino médico estamos diante de mais um paradoxo.

A outra parada ocorreu no terreno em que se expressa a subjetividade nas interações propriamente ditas: o contato dos estudantes com o paciente em situação de doença e diante da morte.

Quando “a prática queima os dedos”, as dores dos herdeiros de Prometeu se revelam nas dificuldades em lidar com a morte de seu paciente e realizar as atitudes desejadas para o enfrentamento desse processo.

A invisibilidade do sofrimento existencial dos estudantes também foi observada. Há uma falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes, desde as aulas de Anatomia, que podem se reproduzir mais tarde em semelhante falta com seus pacientes.

O contato com o paciente quase-morto, ainda sob cuidados médicos, ou até mesmo com os pacientes em seus vários sofrimentos (que não seja a iminência da morte), impele ou poderá impelir o estudante a enxergar a incompletude de seu saber, a reclamar a compreensão do processo existencial de atitudes que dêem conta de ressignificar o sentimento de impotência e fracasso diante da morte, pelo reconhecimento da dimensão da potência presente no papel de cuidar. Situações de ensino-aprendizagem que podem ser cada vez mais facilitadas à medida que os alunos começam mais cedo a lidarem com pacientes e possam encontrar professores preparados para tal processo.

Quando essas experiências são possíveis por meio de um “bom modelo” ou até do “modelo do que não fazer” eles entendem que podem

compreender o sofrimento do paciente à morte, sem “morrer junto” e que o encontro dialógico com o outro – professor ou paciente – destina-se à humanização desejada, ao alcance do “estar junto” almejado. Eles procuram seus modelos potenciais – seus Quírons. Querem cuidar e ser cuidados.

No encontro com a morte, alguns estudantes e residentes temendo sofrer com o envolvimento, não vão olhar para a vida que há na morte dos cadáveres, nem sabem olhar para a morte que começa a ser encenada nos olhos de seus pacientes à morte, mas ainda vivos; vão encaminhar seu pacientes ao psicólogo; vão diminuir as visitas médicas; principalmente quanto mais evidente estiver da proximidade da morte; vão exorcizar a morte e suas dores negando-as, sucumbindo ante a destinação prometética. Outros vão tentar lidar com as dores dessa herança procurando os modelos, enfrentando a distância do simples olhar, procurando ampliar o alcance para um olhar que busque mobilizar uma certa estrutura defensiva, sim, mas que permita a diferenciação da dor do outro sem cortar o laço de identificação com o paciente com o humano que há neles. Portanto, procurando ressignificar o tão costumeiro “se acostumar” na prática médica, em aprender a lidar com a dor, o sofrimento, a morte.

Depois de visitar os pontos de parada do percurso, é hora de apontar um lugar de chegada: a constatação de que a negação da morte na formação médica, o apartar-se de seus conteúdos simbólicos e existenciais no processo de construção do “ser médico” contribui para um distanciamento entre as tecnociências médicas e a dimensão do cuidado no cotidiano das interações médico-paciente.

Mais uma vez inspirados em Habermas, tentamos responder a uma questão que fornecerá mais argumentos para validar o ponto de chegada citado: Em que medida o aprendizado dos estudantes /residentes em relação à morte ocorre de forma acidental (efeito perlocucionário) ou faz parte de uma motivação da educação médica?

Ora, se as exigências, pretensões e condições de validação intersubjetiva de proposições a cerca da verdade sobre a relação do médico com a morte (verdades aceitas) determinam significativamente as possibilidades (e impossibilidades) de serem construídos consensos sobre o que é correto fazer diante do processo de morte de um paciente (horizonte normativo), temos justificada a existência de tantos paradoxos ante às proposições – não se envolver muito e ter que comunicar a notícia ruim, que mesmo motivadas por um contexto sensível à humanização na Medicina ainda possuem como norte de legitimação e validação da ação médica a exclusão da subjetividade do adoecimento. Ou seja, são embasados no conhecimento objetivo como sinônimo de verdade.

Se as tecnociências biomédicas interferem sistematicamente nas possibilidades de expressão subjetiva e de regulação das interações nos processos de atenção à saúde, torna-se necessário, como afirma Ayres (2005) admitir que mesmo as problematizações voltadas aos campos expressivo e normativo desses processos, e especialmente nas interações com pacientes à morte, dependerão de um esforço reconstrutivo dirigidos à esfera proposicional.

O que está em jogo é a reprodução de uma equação saber/poder que limita a transmissão do saber ao valor pragmático da eficácia da ação resolvendo a tensão doente/doença pela negação do doente.

Na procura pelo ideal de objetificação na ciência médica, tomamos a doença enquanto uma abstração, como a verdade do sofrimento do paciente, enquanto este é silenciado em sua alma, em seu ser total, e os médicos passam a descrever de sua própria habilidade simbólica, por não ser considerada científica. A distância tão penosa é legitimada, o paciente é apagado, enquanto indivíduo; e os estudantes podem apagar-se enquanto pessoa, diante das exigências do seu saber.

O paciente tem seu corpo fracionado, os exames e o instrumental técnico atingirá as partes doentes alcançando a coerência com o pressuposto da simplicidade; o relato do paciente, na grande maioria das vezes, é desconsiderado por ser “impreciso” ou “subjetivo”. Mas de acordo com o modelo de objetividade do olhar mecanicista. São interações comunicativas, ações estratégicas que se calam promovendo a desvalorização do sofrimento psíquico e a negação do corpo simbólico do paciente.

Diante de um cenário assim, não se escuta e não se olha o doente, asculata-se e manipula-se seu corpo. Não se conversa com ele, elaboram-se prescrições do que fazer. Não se acolhe seu processo de morte, e radicaliza-se o distanciamento e a desumanização da prática médica.

O calar e a distância do olhar à prática traduzem como, para sermos científicos, continuamos impregnados pela crença na separação sujeito-

objeto, e nos afastamos cada vez mais da dimensão do cuidar enquanto tarefa da Medicina.

A questão que colocamos não é o alcance da validade do método que legitima uma medicina excessivamente instrumental, mas o não reconhecimento dos seus limites, das seqüelas dessas transposição do pensar mecânico para a racionalidade médica; das seqüelas de uma conquista unilateral.

As tentativas de superação de um discurso/prática na construção do “ser médico” que no lidar com a doença e a morte de um paciente seja capaz de rejuntar as dimensões cindidas: médico-paciente, razão-emoção, técnica-cuidado, vida-morte, passa necessariamente para reconhecimento da incompletude do modelo médico ao exercer sua função diante do caso singular e especialmente diante do acompanhamento do processo de morte.

É preciso, portanto, despertar, por meio da reflexão e da prática, a dúvida produtiva presente nos limites do saber médico, para que seja possível criar um espaço para outro tipo de saber, que não precise silenciar ou banalizar o sofrimento, a morte.

A dificuldade de inclusão do preparo para lidar com a morte na formação acadêmica não é, portanto, apenas um efeito acidental do ensino médico, mas implica questões epistemológicas que estão na base da própria racionalidade da biomedicina, que, no dizer de Canguilhem (1977) é a dificuldade de apreender a lidar com a dor, o sofrimento e a morte.

Este trabalho pontua a urgência de um processo de re-significação na construção do “ser médico” que inclua acolher na prática médica conteúdos

subjetivos e simbólicos ao longo da formação acadêmica e profissional, como a morte, que poderá contribuir para a formação de médicos capazes de aliar a tecnociência as dimensões do cuidado na prática médica.

É mais uma fala que defende a necessidade de um processo de formação médica que incorpore um caminho que permita o reencontro com a capacidade de envolvimento com a dor do outro, com os conteúdos subjetivos e simbólicos da morte. A subjetividade, ou intersubjetividade, precisa de um canal de expressão para ser bem utilizada. Negar não elimina seus efeitos, pode torná-los iatrogênicos. Esses efeitos, por sua vez, precisam de acolhimento.

As defesas implementadas para o afastamento do outro e dos próprios sofrimentos se operam no corpo da linguagem, bem como a possibilidade de aprender a lidar com a proximidade da dor do outro. É no terreno da intersubjetividade, no poder falar algo com alguém, que acontecem os encontros ou desencontros da relação do médico com seu paciente à morte implicando, em práticas desumanas, por serem meramente técnicas, ou no aprendizado na direção da humanização do cuidado.

A trajetória nessa direção exige tempo, poder, ideais individuais, coletivos e políticos, cuja urgência não pode esperar por mudanças estruturais tão profundas (embora precise delas). Começa a ser ensaiado nas várias iniciativas apontadas nesse trabalho, que se dispõem a enfrentar os sentimentos despertados no contato com a morte; coerentes portanto com as aspirações dos filhos de Asclépios, que almejam tornarem-se Quírons, que por saber lidar com a morte sem perder a humanidade,

transformam o encontro médico-paciente, professor-aluno em momentos dialógicos, em verdadeiros encontros.

Este trabalho arrisca sugerir caminhos para um aprofundamento e adensamento conceitual capaz de contribuir para o percurso que pretende sair de um olhar que distancia, para um olhar que, ao se aproximar existencialmente da morte, aprenda a se aproximar do outro. Esse percurso exige, antes de mais nada, o enfrentamento da arte de comunicar – a habilidade com as palavras, capaz de implicar na re-situação do paciente como sujeito de seu processo de vida, adoecimento e morte. Tal proposição encontra sustentação em Habermas, cuja concepção de racionalidade assume um caráter eminentemente ético, interessada na produção de diálogos acerca do sentido interacional e emancipatório e não somente instrumental e técnico das formas de vida. Exige a construção de um saber compreensivo que abdique do desejo desenfreado de dominação da modernidade, para abrigar-se em um saber ético, prudente e prático, desenvolvido no encontro com o outro. Nesse sentido seu pensamento é bastante próximo da hermenêutica filosófica, que juntamente com a compreensão existencial do humano, recuperando a dimensão do humano como ser de cuidado, possibilita o aprendizado para transitar nas sombras - morte, dúvidas e dores do ser médico e do ser humano.

A perspectiva existencial não concebe a existência impessoal como único modo previsível e possível de ser, direção à qual nos impulsiona o paroxismo tecnológico da modernidade. Não, ela defende que a

possibilidade de resgate do ser está sempre em jogo, é sempre um poder - ser.

Os profissionais, então, sendo no mundo, marcados pela finitude de sua existência temporal e entregues à responsabilidade de ser, podem tomar para si mesmos, para além de regras e rotinas, a escolha de um agir profissional autêntico, ao comportar-se com o seu próprio movimento de ser que tantas vezes ficou imerso na uniformidade do cotidiano. (Côrrea e Vale, 2002).

A aceitação da transitoriedade, do limite do saber, e do humano possibilita olhar para as sombras - para a morte. Necessita para tal retirar a subjetividade do parênteses, antes colocado, que oprimia o espaço da intersubjetividade.

É preciso olhar para a morte e o sofrimento e poder falar sobre eles, ou seja, é preciso construir espaços para cuidar da dor do cuidador, a fim de que ele possa cuidar de forma humana das dores de seus pacientes, e possa enfrentar o medo da intimidade que esse tipo de encontro desperta.

A morte no geral não é escolha, é destino; é condição de quem está vivo. Para que se possa aceitar a morte, aprender a lidar com ela, é preciso que se esteja vivo. Vivo aqui, implica compadecer-se, envolver-se com o outro e seu sofrer. Quanto mais negamos a morte temos como consequência fazer escapar a vida, a alma dentro de nós. Afinal, é porque somos finitos que cada gesto faz sentido.

Estamos convencidos de que trazer a reflexão sobre a morte para o ensino-médico é condição para garantirmos uma qualidade de vida e de

morte para todos. Pois pensar na morte representa um convite para pensar na vida que levamos, e que queremos levar. Afinal, é porque somos finitos que cada gesto faz sentido.

Por fim, defendemos que a mesma medicina que se apoiou na morte biológica para fundamentar sua prática em conhecimentos científicos, pode se apoiar no enfrentamento dos conteúdos simbólicos e existenciais da morte para se re-humanizar e recuperar a dimensão do cuidado em sua prática.

O médico na obra de arte retratada na capa deste trabalho, consegue “estar junto” diante de sua paciente morta. Ele espera, enfrenta, medita. Quem sabe sobre o mistério da morte, ou seria da vida?

Quem sabe somente quando apreendermos o âmago do comum—pertencer entre a vida e a morte, entenderemos o comum—pertencer entre o riso e a dor, entre eu e o outro e possamos compreender que a morte ilumina a vida, que muitas vezes não escutamos - nosso ser. A luz do quadro, como a luz da morte, ilumina o essencial: o humano que há em nós!

O poeta é quem melhor diz:

*“Mas, lá onde há o perigo, lá também
Cresce aquilo que salva.”
Hölderlin.*

8. ANEXOS

Anexo A: Instrumento de Coleta I – Roteiro de entrevista

Momento 1: Rapport

Consolidação das questões legais e compromissos éticos da pesquisa, como assinaturas de documentos.

Momento 2: A entrevista propriamente dita

ROTEIRO DE ENTREVISTA: QUESTÕES PRELIMINARES

O roteiro está exposto fazendo referências aos temas centrais da investigação. Os tópicos estão dispostos sob forma de perguntas, mas estas serão realizadas em conversação, evitando o caráter meramente interrogativo..

(“SER MÉDICO”)

O que é “ser médico” para você?

Que tipo de médico você deseja ser?

Como você descreve um médico competente?

Como desenvolver os atributos necessários?

Você espera que a faculdade promova o desenvolvimento desses atributos?

Para a primeira questão feita - o que é “ser médico” para você? Você daria a mesma resposta se estivesse no início do curso?

Mudou sua forma de pensar?

Se mudou, você identifica como, e quando ocorreu?

Gostaria que você comentasse a citação: “O médico não deve envolver-se emocionalmente com o paciente?”

(A MORTE E O ESTUDANTE DE MEDICINA E RESIDENTE)

Fale o que é morte para você?

Como você lida com a morte na sua vida?

E na vida acadêmica como você lida com a morte?

Você poderia falar como foi seu primeiro contato com a morte de um paciente?

Quais os sentimentos vivenciados nessa situação? O que você fez com eles?

Qual aprendizado você levou para sua prática profissional, com tal experiência?

Como esse tema é abordado no curso? Quais foram suas reações nas primeiras aulas de anatomia?

Como você acha que um médico deve lidar com a morte de um paciente?

Como você acha que a formação acadêmica pode auxiliar o estudante e futuro médico a lidar com essa questão?

Anexo B: Instrumento de Coleta II – Roteiro da oficina

Seguiram os seguintes passos:

Dinâmica de apresentação – “quebra – gelo”

“Contrato Simbólico” – explicação dos objetivos, formato da oficina, e discussão das regras de respeito à diferença, sigilo e confiança.

Dinâmicas com os temas:

- Morte
- Relação Médico-Paciente

Primeira Etapa:

Evocação de palavras:

Após o quebra-gelo todos recebem uma folha, onde vão responder:

1 – Escreva as primeiras palavras que vem à sua cabeça quando você pensa em MORTE.

2 – Escolha uma palavra ou expressão dentre as que você citou e que considera mais importante.

3 – Justifique sua escolha

Segue momentos de comentários em grupo sobre as atividades.

Cena 1:

Após um breve aquecimento, com caminhada pela sala e exercícios de respiração ao som de música clássica, os participantes sentam-se e são orientados a fecharem os olhos e se deixarem envolver por uma cena que irão criar mentalmente a partir das instruções:

“Construa uma cena onde você é o médico e está com um paciente à beira da morte. Crie o roteiro, a situação em que vocês se encontram, as características da relação que você tem com ele: quais seus sentimentos, como você age, como está sendo esse momento, se tem mais alguém na cena. Descreva com o máximo de detalhes. Tente mergulhar nessa situação imaginária como se fosse real..”.

É pedido, após alguns minutos, que abram os olhos e relatem a cena em um papel com o maior detalhamento possível.

Quando todos terminam, o exercício é compartilhado na discussão em grupo.

(Intervalo)

Segunda Etapa:

Segue o mesmo processo, com a seguinte orientação:

- Idem roteiro anterior substituindo a palavra MORTE por
RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Cena 2:

Após um breve aquecimento com caminhada pela sala e exercícios de

respiração ao som de música clássica, os participantes sentam-se e são orientados a fecharem os olhos e se deixarem envolver por uma cena que irão criar mentalmente a partir das instruções:

“Construa uma cena onde você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma péssima relação com o médico. Crie o roteiro, a situação de sofrimento e as características da relação com o médico: o que você sente, como age, como ele também age. Descreva com o máximo de detalhes...”

É pedido, após alguns minutos, que abram os olhos e relatem a cena em um papel com o máximo o maior detalhamento possível.

Quando todos terminam, o exercício é compartilhado na discussão em grupo.

Esgotado esse momento, procura-se fazer um rápido relaxamento para aquecer o início de outra fantasia dirigida. Segue o mesmo processo, com a seguinte orientação:

Cena 3:

“Construa uma cena onde você é o paciente e vivencia grande sofrimento, e uma excelente relação com o médico. Crie o roteiro, a situação de sofrimento e as características da relação com o médico: o que você sente, como age, como ele também age. Descreva com o máximo de detalhes...”

O fechamento da oficina ocorre após o debate da atividade citada acima mediante uma avaliação sobre como os participantes se sentiram com a experiência, sendo pedido que expressem o resumo do vivido por meio de uma palavra.

9. REFERÊNCIAS

Almeida HO, Alves NM, Costa MP, Trindade EM, Muza GM. Desenvolvendo competências em Comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2005;29(3): 208-216.

Aragão L. *Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo*. Rio de Janeiro:Tempo brasileiro; 2002.

Ariès P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.

Arruda PCV. A vocação médica. In: Milan LR, De Marco OL, Rossi E. *O universo psicológico do futuro médico*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

Atting T. Person centred death education. *Death Studies* 16: 357-370, 1992.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro, 2001: 6 (1):63-72.

Ayres JRCM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2ª ed São Paulo : Ed. Hucitec; 2002a.

Ayres JRCM. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde (Conferencia proferida durante VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica. FIERP/EERP – USP/CNPQ; 2002b Ribeirão Preto, SP)

Ayres JRCM. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas em Saúde. *Rev Saúde e Sociedade* 3 (3): 16-29; 2004a.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu. 2004b; 8(14): 73-91.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência. E Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2005; 10(3):549-60.

Bandeira M. Antologia Poética. Rio de Janeiro: editora do autor, 1961.

Barton D. The need of including instruction on death and dying in the medical curriculum. *J Med educ* 1992; 47: 169-75.

Batista NA, Dini PS. Graduação e Prática Médica: Expectativas e Concepções de estudantes de medicina do 1º ao 6º ano. *Rev. Bras. Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2004;28(3): 199-203.

Bellodi PL, Cardillo G, Lima-Gonçalves E. Perfil do aluno FMUSP: vida pessoal. *Rev. Bras. Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2002; 26 (supl 2): 50.

Bellodi PL, Marinho T, Massaroppe B, Martins MA, Santos MAS. Temas para um programa de tutoria em Medicina: um investigação das necessidades dos alunos da FMUSP. *Rev. Bras. Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2004; 28: 119-127.

Betts J. Considerações sobre o que é humanizar. Disponível em < www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37 >. Acesso em 06/10/2003.

Blasco GP. *Medicina de Família & Cinema: Recursos Humanísticos na Educação Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Boemer MR. *A morte e o morrer*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1986.

Boemer MR, Rossi LRG, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva – análise e depoimentos. In: Cassorla RMS (org) *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus;1991.

Boladeras M. *Comunicación, ética y política: Habermas y sua críticos*. Madri:Tecnos;1996.

Boltanski. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Bonet O. O saber e o sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1999; 9 (1): 123-150.

Botega NJ, Metze K, Marques E, Cruvinel A, Moraes ZV, Augusto L, Costa LA. *Attitudes of medical students to necropsy*. J Clin Pathol 1997; 50: 64-6.

Bromberg MHPF. *Psicoterapia em situações de perda e luto*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

Bromberg MHPF. O luto, perda do outro em si. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMJ, Carvalho VA. *Vida e morte*. Laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Burt, EA. *As bases metafísicas da ciência moderna*. Brasília: Universidade de Brasília; 1983. 180.

Buss MK, Marx ES, Sulmassy DP. The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Acad Med*. 1998; 73: 418-22

Calman KC. Literature in the education of the doctor. *Lancet*. 1997, 350:1622-24.

Camargo Jr KR. (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Revista Physis*, Rio de Janeiro:2(1); 1992.

Camargo Jr KR, Nogueira MI, Guedes CR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência. E Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2005.

Camus A. *A peste*. Rio de Janeiro: Ed. Record; 1983.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.

Caponi, S. *Da Compaixão à Solidariedade – uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: ed Fiocruz; 2000.

Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 19(4): 923-931.

Cassorla RMS (org) *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus; 1991.

Cassorla, RMS. Esteja ao meu lado. In: Kovács MJ. *Educação para Morte*. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Castro FC. Os temores na formação e prática da Medicina :aspectos psicológicos. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2004;28(1): 38-45.

Cembranelli F, *Um projeto de humanização: para quê, para quem*. Disponível em <www.porthumaniza.com.br> acesso em 10. jan. 2005.

Charon R. Narrative Medicine: form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*. 2001; 134 (1):83-87.

Chauí M. *Introdução à história da filosofia I*. São Paulo: Brasiliense; 1994. P197.

Coffman VT, Coffman SL . Behavioral rehearsal: a way of talking about the dying process. *Omega Journal of Death and Dying*. 32(1): 63-76. 1995-1996

Concone MH. O vestibular da anatomia. In: Martins JC. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1983.

Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Câmara de Educação Superior/Resolução CNE/CES Nº4, 7 de novembro de 2001. Brasília, 2001.

Consorte J. A morte na prática médica. In: Martins JC. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 1983.

Corrêa, AK, Valle, ERM. A pesquisa fenomenológica em Saúde: uma possibilidade de compreensão da existência humana.In: Castro, DSPC, Pokladek DD, Azar FP, Piccino J D, Josgrilbrg, R . *Existência e Saúde*. São Bernardo do Campo: UESP; 2002. p.171-183.

Critelli D. *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC/Brasiliense; 1996.

DeMarco MA. *A face humana da medicina - do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2006; 3(1): 60-72

Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage publications, 2000.

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2004; 9(1):7-14.

Dickinson GE, Tournier RE, Still BJ. Twenty years beyond medical school: physician's attitudes toward death and terminally ill patients. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1741-4.

Eizirik C; Polanczyk GV; Eizirik M. O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista AMRIGS*. Porto Alegre: 2000; 44(1,2) :50:55.

Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001

Fabbro L. *Limitações jurídicas à autonomia do paciente*. Bioética: 1999. 1:7-12.

Falcão EBM; Lino GGS. O paciente morre: eis a questão. *Rev. Bras. Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2004; 28: 106-118.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: editora Forense-universitária; 1987.

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002

Gadamer HG. *O Ministério da Saúde: o cuidado da saúde e arte na medicina*. Lisboa: Ed.70; 1993.

Gadamer HG. *Verdade e Método II*. Complementos e índice. Petrópolis: Vozes; 2002.

Gadamer HG. *Verdade e Método I*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

González Blasco P, Galliana DMC, Roncolettan, Moreto G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo /efetivo na educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2005; 29(2):119-128.

Habermas J. *Consciência moral e o Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro Editora: Tempo Brasileiro; 1989.

Habermas J. *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70; 1996.

Habermas J. *O discurso filosófico da modernidade*. São Paulo : Martins Fontes; 2000.

Heidegger M. *Introdução a Metafísica*. Trad.E. Carneiro Leão. Rio de Janeiro: Ed. Tempo; 1978

Heidegger M. *Ser e Tempo. I*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995.

Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial notícias, 2001.

Hook EW. The Jeremiah Metzger lecture Humanities in medicine: treatment of a deficiency disorder .*Tran Am Clin Climatol Assoc*. 1996; 108:203-21.

Howells K, Gould M, Fields D. Fear of death and dying in medical students: effects of clinical experience. *Med Educ* 1986; 20:502-6.

Japiassu H. *A Revolução Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Imago; 1985.

Josgrilberg, R. As analíticas fenomenológicas e o diálogo com as ciências. In: Castro, DSPC, Pokladek DD, Azar FP, Piccino JD, Josgrilberg R. *Existência e Saúde*. São Bernardo do Campo: UMESP; 2002. p.35-58.

Kaltreider NB . The impact of medical student's suicide. *Suicide and life-Threatening Behavior*. 20:195-205.

Klafke TE. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In Cassorla RMS. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas: Papyrus; 1991.p. 25-49.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*;2001, 8(1): 48-70.

Kovács MJ. Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In Cassorla RMS. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas, Papirus; 1991; 79-103.

Kovács MJ. *A morte e o desenvolvimento humano*. 2ªed. Casa do Psicólogo; 1992.

Kovács MJ. A vida que há na morte. In: Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMJ, Carvalho VA. *Vida e morte*. Laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

Kovács MJ. Implantação de um serviço de plantão psicológico em unidades de cuidados paliativos . *Revista Brasileira de Medicina*, vol 56(8) : 786-794,1999.

Kovács MJ. *Educação para Morte*. Temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

Koyré A. *Considerações sobre Descartes*. Portugal: Presença; 1986.

Kübler RE. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Edart, 1969.

Kübler RE. *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record; 1996.

Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage publications; 1996.

Langley GR, Till JE. Exemplary family physicians and consultants: empirical definition of contemporary medical practice. *CMAJ*. 1989; 141: 301-307.

Leão N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: Romano BW. *A prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira; 1994. p. 137-147.

Lévinas E. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes, 1993.

Lino GGS. *A morte e o estudante de medicina: contemplam-se, mas não se conhecem* [dissertação]. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Ludke M, André, MED. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1986.

Luz MT. *Natural, racional, social, razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Campus; 1988.

Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 1997; 7(1):13-43.

Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2004; 8(14): 21-32.

Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: EDUC / Moraes; 1989.

Martins JC. *A morte e os mortos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.

Meireles C. *Os melhores poemas da Cecília de Meireles*. São Paulo: Global; 2002.

Mello Filho J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 152-9

Mello Filho J. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2005; 29(2): 147-151.

Michelazzo JC. *Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real*. São Paulo: Ed.FAPESP/Annablume ;1999.

Michelazzo JC. Fenomenologia existencial e os modos cotidianos de coexistência. In: Castro, DSPC, Pokladek DD, Azar FP, Piccino JD, Josgrilbrg R .*Existência e Saúde*. São Bernardo do Campo: UMESP; 2002. p.187-196.

Millan LR; De Marco OLN; Rossi, Millan MPB; Arruda PV. Alguns aspectos psicológicos ligados à formação médica. In: Millan e cols. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo;1999.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.

Minayo MCS. Hermenêutica e Dialética como caminho do pensamento Social. In: Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Miranda PSC, Queiroz EA. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. *Revista ABP-APAL* 13:157-160, 1991.

Mishler EG. *The Discourse of Medicine. The Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex: 1984.

Mishler, E. G. *Research interviewing: context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press,1986.

Monteiro SS. *AIDS no Contexto escolar: análise de um programa de prevenção*. [Dissertação]. Rio de Janeiro:UERJ-IMS;1995.

Morin E. *O homem e a morte*. São Paulo: Imago; 1997.

Morinaga CV, Konno SN, Aisawa RK, Vieira JE, Martins MA. Frases que resumem os atributos da relação médicopaciente. *Rev Bras Educ Med* 2002; 26(1):21-27.

Nietzsche F. *Assim falava Zaratustra*. São Paulo: Ediouro; s.d.

Nogueira MMCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade* ; 2004 13(3) : 44-57.

Nogueira-Martins LA. *O Stress Psicológico em Medicina* [Tese] São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1994.

Nunes CRR & Nunes AP. Aportes teóricos da ação comunicativa de Habermas para as metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Méd.* Rio de janeiro: 2005; 29(3): 179-184.

Paiva V. Analysing sexual experiences through scenes: a framework for sexuality education and evaluation. London: *Sex education* March;2005.

Paiva V. *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo: Summus; 2000.

Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

Perazzo S. O médico e a morte. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1985; 12(3-4): 96-100.

Pereira AMA, Costa LSM. O abuso como causa evitável de estresse entre estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Méd.* Rio de janeiro: 2005; 29(3): 185-190.

Pereira OP, Almeida TMC. A Formação Médica segundo uma pedagogia da resistência. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005 16(9):69-79.

Pereira RTMC. O ensino da Medicina através das Humanidades Médicas: análise do filme: "And the band played on" e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em Educação Médica [tese] Universidade de São Paulo; 2004. 226p

Pessini L. Distanásia. Até quando investir, sem agredir? In: Camon-Angerami, VA (org) *A ética na saúde*. São Paulo, Pioneira; 1997..

Pitta A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec; 1999.

Platão. *Diálogos*. Tradução de José Cavalcante de Souza e Outros. São Paulo: Editora Abril Cultural; 1993. (Coleção "Os Pensadores")

Portugal-Alvarez J. La enseñanza del humanismo médico. *An Méd Interna*. 1991; 8(11): 569-70.

Quintana AM, Cecim PS, Henn CG. O Preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2002; 26(3): 204-210.

Ramos-Cerqueira A TA, Lima MCP, Torres AR, Reis JRT, Fonseca NMV. Era uma vez... contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. *Interface* (Botucatu). 2005 Fev 9(16): 81-89.

Rappaport W, Witzke D. Education about death and dying during the clinical years of medical school. *Surg* ;1993; 113(2):163-5.

Ricoeur P. *Teoria da interpretação*. Lisboa: Ed. 70; 1976.

Ricoeur, P. *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

Rocco RP. Relação estudante de medicina-paciente. In: Mello Filho J *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes médicas, 1992. p.45-56.

Rodrigues C. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.1976.

Rosa CAP. A morte e o ensino médico. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 1999; 23:50-67.

Rosenbaum, P. *Entre arte e ciência: fundamentos hermenêuticos da homeopatia como medicina do sujeito*. [tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.

Sacks OW. *Com uma perna só*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

Saunders C. *Hospice and palliative care*. An Interdisciplinary approach. Londres.

Sayd JD A escola médica e seus ímplicitos sobre a morte. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 1993;17:14-20

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho – os limites da liberdade*. São Paulo: ed. Hucitec; 1993.

Schraiber LB 1997. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 1997 1(1):123-138.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29 (11): 63-74, 1995.

Seale C. *Constructing death - the sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

Silva GSN. *A Construção do **adolescer** masculino e o uso do preservativo*. [dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2001.

Silva GSN. A Racionalidade Médica Ocidental e a Negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: Angerami-Camon (org). *Atualidades em Psicologia da Saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.

Siqueira-Batista R; Eutanásia e compaixão. *Rev Bras Cancerol*. 2004; 50(4):334-340.

Souza AN. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2001 6(1): 87-96.

Souza ECF. Bocas, câncer e subjetividades – patografias em análise. [Tese] Campinas: Unicamp, 2003.

Spencer JC. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context and of change. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1993;.74:119-126.

Spink MJ. *O Conhecimento no Cotidiano*. As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo. Ed. Brasiliense; 1993.

Tamosauskas MRG, Packer MLT. “Por que ser médico?” A visão dos alunos do segundo ano de medicina da Faculdade de Medicina do ABC. *Anais do 38º Congresso Brasileiro de Educação Médica*. Petrópolis (RJ): ABEM, 2000. p.61.

Tolstoi L. *A morte de Ivan Ilitch*. São Paulo. Martin Claret, 2005.

Torio Durantez J, Garcia Tirado MC. Relacion medico-paciente y entrevista clinica (y II): opinion y preferencias de los medicos. *Aten Primaria*; 1997, 19 (1): 27-34.

Troncon LEA, Colares MFA, Figueiredo JFCF, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Piccinato CE, Peres LC. Atitudes de Graduandos em Medicina em relação a aspectos relevantes da Prática Médica. *Rev Bras Educ Méd*. Rio de Janeiro: 2003; 27(1): 20-28.

Vasconcelos MJE. *Pensamentos Sistêmicos: O Novo Paradigma da Ciência*. Campinas: Papirus; 2002.

Viana A, Piccelli H. O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Rev Assc méd Brás*. 1998; 44:21-27.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. *Pragmática da Comunicação Humana*. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1967.

XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica. Ante-projeto das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, 2000.

Zaidhaft S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990; 103.

Apêndice 1

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DA USP - FMUSP
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

CONVITE

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva - FMUSP) intitulado: **A construção do “ser médico” e a morte**, sob responsabilidade da pesquisadora Geórgia Sibeles Nogueira da Silva, e orientação do Prof. Dr. José Ricardo Carvalho de Mesquita Ayres.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que busca compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, buscando investigar em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica.

A pesquisa será realizada com estudantes de medicina da UFRN, escolhidos entre todos os períodos. Utilizará dois instrumentos de coleta: **uma entrevista em profundidade com roteiro, seguida de oficinas com utilização de técnicas projetivas**. As atividades ocorrerão nas instalações do NESC-UFRN.

Estima-se que a realização das entrevistas seja no mínimo cinquenta minutos e no máximo uma hora e meia. Já as oficinas no mínimo duas horas com a participação de no mínimo três entrevistados.

Os horários disponíveis para a realização das entrevistas devem ser agendados com a pesquisadora.

Obrigada.

Informações: Geórgia Sibeles Nogueira da Silva/ gsibele@uol.com.br/ (84) 9471 0024

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

- 1- Pesquisadora: Geórgia Sibeles Nogueira da Silva
- 2- Título da Pesquisa: A construção do “ser médico” e a morte.
- 3- Programa: Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- A pesquisa com o título “**A construção do ‘ser médico’ e a morte**”, tem como objetivo compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, buscando investigar em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica. Para isto utilizará entrevistas e oficinas de trabalho como forma de obter as informações.

- As entrevistas e oficinas serão gravadas em fitas magnéticas. Será garantido o anonimato da pessoa entrevistada, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa. As atividades serão confidenciais, sendo realizadas em ambientes em que a privacidade da pessoa entrevistada será respeitada. Nas entrevistas estarão presentes, apenas um entrevistador(a). Nas oficinas dois entrevistadores(as). Estima-se que a realização das entrevistas seja no mínimo meia hora e no máximo uma hora e meia. Já as oficinas no mínimo uma hora e no máximo duas horas.

- Se o entrevistado durante ou após a entrevista e/ou oficina sentir necessidade de acompanhamento ao serviço de psicologia será garantido o seu encaminhamento.

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa “**A construção do ‘ser médico’ e a morte**”, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou me retirar da referida pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga nenhum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordei espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Natal, / / .

Assinatura do entrevistado
SILVA
CPF:

GEÓRGIA SIBELES NOGUEIRA DA
PSICÓLOGA CRP 13/1449

Contatos: (84) 9471 0024/gsibele@uol.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

- 4- Pesquisadora: Geórgia Sibeles Nogueira da Silva
- 5- Título da Pesquisa: A construção do “ser médico” e a morte.
- 6- Programa: Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- A pesquisa com o título “**A construção do ‘ser médico’ e a morte**”, tem como objetivo compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, buscando investigar em que medida essa relação contribui para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica. Para isto utilizará entrevistas e oficinas de trabalho como forma de obter as informações.

- As entrevistas e oficinas serão gravadas em fitas magnéticas. Será garantido o anonimato da pessoa entrevistada, não sendo revelado o seu nome nos resultados da pesquisa. As atividades serão confidenciais, sendo realizadas em ambientes em que a privacidade da pessoa entrevistada será respeitada. Nas entrevistas estarão presentes, apenas um entrevistador(a). Nas oficinas dois entrevistadores(as). Estima-se que a realização das entrevistas seja no mínimo meia hora e no máximo uma hora e meia. Já as oficinas no mínimo uma hora e no máximo duas horas.

- Se o entrevistado durante ou após a entrevista e/ou oficina sentir necessidade de acompanhamento ao serviço de psicologia será garantido o seu encaminhamento.

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa “**A construção do ‘ser médico’ e a morte**”, e tendo sido garantido o anonimato das minhas declarações, bem como o direito de eu não participar ou me retirar da referida pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga nenhum prejuízo para mim, que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos em qualquer tempo na realização da pesquisa, concordei espontaneamente, em participar desta pesquisa.

Natal, / / .

Assinatura do entrevistado
SILVA
CPF:

GEÓRGIA SIBELES NOGUEIRA DA
SILVA
Psicóloga CRP 13/1449

Contatos: (84) 9471 0024/gsibele@uol.com.br

Apêndice 3

Aprovação do projeto pela CAPPesp

AO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

O Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 07.04.05 tomou conhecimento da execução do Protocolo de Pesquisa nº **223/05** - intitulado: "A construção do "ser médico" e a morte: buscando o significado dessa relação e suas conseqüências para a tecnociência do tratar e a arte do cuidar na prática médica".

No que tange a sua parte empírica, será desenvolvido na **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, tendo a anuência do Dr. Ivanildo Cortez de Souza - Coordenador do Curso de Medicina, em 12 de Agosto de 2004.

Pesquisador(a) Responsável: **Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres**

Pesquisador(a) Executante: **Sra. Geórgia Sibele Nogueira da Silva**

CAPPesq, 07 de Abril de 2005.

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa